



## **Wortprotokoll** der 10. Sitzung

### **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

Berlin, den 25. Juni 2018, 14:00 Uhr  
Paul-Löbe-Haus  
Saal 2.200

Vorsitz: Sabine Zimmermann (Zwickau), MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### **Einzigiger Tagesordnungspunkt** **Seite 9**

Antrag der Abgeordneten Katja Suding, Grigorios Aggelidis, Matthias Seestern-Pauly, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

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

**BT-Drucksache 19/585**

**Federführend:**

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Mitberatend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Berichterstatter/in:**

Abg. Marcus Weinberg (Hamburg) [CDU/CSU]

Abg. Gülistan Yüksel [SPD]

Abg. Johannes Huber [AfD]

Abg. Katja Suding [FDP]

Abg. Katrin Werner [DIE LINKE.]

Abg. Katja Dörner [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]



of

**Sitzung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
(13. Ausschuss)  
Montag, 25. Juni 2018, 14:00 Uhr**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>CDU/CSU</u>		<u>CDU/CSU</u>	
Beermann, Maik		Behrens (Börde), Manfred	
Bernstein, Melanie		Bernstiel, Christoph	
Breber, Silvia		Hoffmann, Alexander	
Groden-Kranich, Ursula		Koob, Markus	
Kartes, Torbjörn		Lehrieder, Paul	
Kießling, Michael		Maag, Karin	
Landgraf, Katharina		Noll, Michaela	
Launert Dr., Silka		Pols, Eckhard	
Pantel, Sylvia		Rüddel, Erwin	
Patzelt, Martin		Schön, Nadine	
Pilsinger, Stephan		Schreiner, Felix	
Rief, Josef		Stracke, Stephan	
Weinberg (Hamburg), Marcus		Tsbroke Dr., Hermann-Josef	
Wiesmann, Bettina Margarethe		Winkelmeier-Becker, Elisabeth	

HENKE, RUDOLF (Mitglied Gesundheits-  
ausschuss)

PROF. DR. SCHMIDKE, (-u-)



*of*

19. Wahlperiode

Sitzung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (13. Ausschuss)  
Montag, 25. Juni 2018, 14:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<b>SPD</b>		<b>SPD</b>	
Bahr, Ulrike	<i>Carina</i>	Diaby Dr., Karamba	
Breymaier, Leni		Kaiser, Elisabeth	
Ortleb, Josephine		Lindh, Helge	
Rix, Sönke	<i>Six</i>	Mast, Katja	
Rüthrich, Susann		Mattheis, Hilde	
Schulte, Ursula		Moll, Claudia	
Schwartze, Stefan		Nissen, Ulli	
Stadler, Svenja	<i>Stadler</i>	Ryglowski, Sarah	
Yüksel, Gülistan	<i>Yüksel</i>	Schulz (Spandau), Swen	
<b>AfD</b>		<b>AfD</b>	
Ehrhorn, Thomas		Büttner, Matthias	
Harder-Kühnel, Mariana Iris	<i>Harder-Kühnel</i>	Gminder, Franziska	
Höchst, Nicole		Hartmann, Verena	
Pasemann, Frank	<i>Pasemann</i>	Huber, Johannes	<i>Huber</i>
Reichardt, Martin	<i>Reichardt</i>	Pohl, Jürgen	



*JK*

19. Wahlperiode

Sitzung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (13. Ausschuss)  
Montag, 25. Juni 2018, 14:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<b>FDP</b>		<b>FDP</b>	
Aggelidis, Grigorios	<i>[Signature]</i>	Brandenburg (Rhein-Neckar) Dr., Jens	
Bauer, Nicole	<i>[Signature]</i>	Konrad, Carina	
Föst, Daniel		Suding, Katja	<i>[Signature]</i>
Seestern-Pauly, Matthias		Westig, Nicole	<i>[Signature]</i>
<i>Kabin, Helge-Platz</i>	<i>[Signature]</i>		
<b>DIE LINKE.</b>		<b>DIE LINKE.</b>	
Achelwilm, Doris	<i>[Signature]</i>	Akbulut, Gökay	
Müller (Potsdam), Norbert		Bull-Bischoff, Birke	<i>[Signature]</i>
Werner, Katrin	<i>[Signature]</i>	Möhring, Cornelia	
Zimmermann (Zwickau), Sabine	<i>[Signature]</i>	Pellmann, Sören	
<b>BÜBÖ/GR</b>		<b>BÜBÖ/GR</b>	
Baerbock, Annalena	<i>[Signature]</i>	Christmann Dr., Anna	
Dörner, Katja		Lazar, Monika	
Schauws, Ulla		Lehmann, Sven	
Walter-Rosenheimer, Beate	<i>[Signature]</i>	Schulz-Asche, Kordula	
		<i>i.V. K. Kappel-Gautke</i>	<i>[Signature]</i>



off

Tagungsbüro



Deutscher Bundestag

**Sitzung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
(13. Ausschuss)**

Montag, 25. Juni 2018, 14:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
AFD	_____	_____
FDP	_____	_____
DIE LINKE	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

**Fraktionsmitarbeiter**

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Lieber, Axel	CDU/CSU	<i>A. Lieber</i>
Lepke, Roy	DIE LINKE	<i>Roy Lepke</i>
Jopancic, Mathias	SPD	<i>M. Jopancic</i>
Lange, Jens	AFD	<i>Jens Lange</i>
Wischniewski, Alex	DIE LINKE	<i>Alex Wischniewski</i>
Jones, Emily	DIE LINKE	<i>Emily Jones</i>
Szorosny Jeny	B90/Die Grüne	<i>Jeny Szorosny</i>
Bähr, Claudie	Die Link	<i>C. Bähr</i>

Stand: 20. Februar 2015  
Referat ZT 4 – Zentrale Assistenzdienste, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32659, Fax: +49 30 227-36339





**Unterschriftenliste der Sachverständigen**  
für die 10. Sitzung - öffentliche Anhörung  
zum Thema „Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern“  
am Montag, 25. Juni 2018, 14.00 bis ca. 16.00 Uhr, PLH, Saal 2.200

Name	Unterschrift
Bauer, Prof. Dr. med. Axel	
Czeromin, Dr. med. Ute	
Graumann, Prof. Dr. Dr. Sigrid	
Krieg, Dr. med. Jürgen	
Krüssel, Prof. Dr. med. Jan-Steffen	
Landgraf, Inge	
Thorn, Dr. Petra	
Wischmann, Prof. Dr. sc. Hum. Tewes	

25. Juni 2018



<b>Anwesenheitslisten</b>	<b>Seite 2</b>
<b>Anwesenheitsliste Sachverständige</b>	<b>Seite 7</b>
<b>Zusammenstellung der Stellungnahmen</b>	<b>Seite 36</b>



Die **Vorsitzende**: Meine Damen und Herren, es ist 14.00 Uhr, Zeit ist Geld. Ich bitte Sie, Platz zu nehmen. Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Sitzung. Wir führen heute eine öffentliche Anhörung zum Antrag „Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern – Reform der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur assistierten Reproduktion“ durch. Ich begrüße an dieser Stelle die Mitglieder des Familienausschusses. Ich begrüße die Mitglieder des mitberatenden Gesundheitsausschusses, ich begrüße die Besucherinnen und Besucher und ich begrüße unsere Sachverständigen und unsere Parlamentarische Staatssekretärin Caren Marks.

Ich rufe die Sachverständigen jetzt auf, damit wir auch wissen, dass alle da sind. Das sind Professor Dr. med. Axel Bauer, Dr. med. Ute Czeromin, Professor Dr. Dr. Sigrid Graumann, Dr. med. Jürgen Krieg, Professor Dr. med. Jan-Steffen Krüssel, Inge Landgraf, Dr. Petra Thorn und Professor Dr. Tewes Wischmann. Frau Dr. Elke Jansen vom Lesben- und Schwulenverband kann heute aus persönlichen Gründen nicht bei uns sein.

Ich weise nun darauf hin, dass die Anhörung live im Internet übertragen wird und in der Mediathek auf der Homepage des Deutschen Bundestages bereitgestellt wird. Es wird ein Wortprotokoll erstellt, das im Internet abrufbar ist. Außerdem sind Bild- und Tonaufzeichnungen anderer Personen nicht gestattet; diejenigen, die hier an den Kameras stehen, haben die Genehmigung dazu. Ich bitte, während der Anhörung die Benutzung der Mobiltelefone einzustellen. Sollte es dennoch notwendig sein, bitte ich, den Saal zu verlassen. Aber ich glaube, das wird wohl nicht der Fall sein.

Der Ablauf der Anhörung ist wie folgt vorgesehen: Wir haben die Eingangsstatements der Sachverständigen auf jeweils vier Minuten festgelegt. Ich bitte Sie um strikte Einhaltung des Zeitkontingents. Wir haben eine Fragerunde von 60 Minuten. Bei dieser Frage- und Antwortrunde wird das Fragerecht nach dem Stärkeverhältnis der einzelnen Fraktionen zeitlich aufgeteilt. Zu Beginn der Wahlperiode hatten wir uns in der Obleuterunde

darauf verständigt, dass wir die Kontingente der CDU/CSU- und der SPD-Fraktion jeweils teilen; das werden wir hier so handhaben. Dann haben wir noch die freie Runde von 20 Minuten.

Wir beginnen nun mit der öffentlichen Anhörung zum Antrag der Fraktion der FDP „Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern – Reform der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur assistierten Reproduktion“ auf der Bundestagsdrucksache 19/585. Ich bitte zunächst die Sachverständigen um ihr vierminütiges Statement. Ich werde Ihnen, Sie sehen die große Uhr hier oben, ein Zeichen geben, wenn Sie Ihre Redezeit ausgeschöpft haben. Ich bitte zunächst Professor Bauer, sein Statement abzugeben.

**Prof. Dr. med. Axel W. Bauer** (Universität Heidelberg / Universitätsklinikum Mannheim): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich beschränke mich auf sechs Punkte. Erstens, die Nichterfüllung eines Kinderwunsches ist zu einer Krankheit geworden, bei deren medizinischer Bekämpfung die davon betroffenen Paare einen Teilleistungsanspruch haben. Ökonomisch geht es um eine Wachstumsbranche, in der Umsätze und Gewinne generiert werden.

Zweitens, zur 25-prozentigen Kostenübernahme durch den Bund: Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutz des Grundgesetzes. Das schließt Maßnahmen der assistierten Reproduktion grundsätzlich mit ein, wie die Förderrichtlinie des BMFSFJ zeigt. Galt die Förderung zunächst nur für Ehepaare, wird sie jetzt auch für Paare in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft gewährt. Der Staat hat hier allerdings einen Gestaltungsspielraum. Diesseits der Frage, ob bestimmte Haltungen erlaubt sein sollen, bleibt zu beurteilen, ob sie so förderungswürdig sind, dass sie von allen Bürgern finanziert werden müssen. Dabei kann man zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen. So haben bislang mindestens sieben Länder kein entsprechendes Programm geplant, das eine Förderung durch Bundesmittel nach sich zöge. Es geht dabei auch um eine politische Prioritätensetzung.



Zur Ausweitung der Förderung auf Alleinstehende: Der Antrag fordert, dass die Förderung auf Alleinstehende ausgeweitet werden soll. Das widerspricht den bisherigen Zielen der Richtlinie, deren Grundhaltung gerade durch die Änderung von 2015 hervorgehoben wird, in der sich eine Definition der nichtehelichen Lebensgemeinschaft findet. Es handelt sich demnach um eine, ich zitiere, „auf längere Zeit und Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau, die sich durch eine innere Bindung auszeichnen soll.“ Ebenfalls erwähnt werden der Begriff „festgefügte Partnerschaft“ sowie die Voraussetzung, dass der Mann die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennt. Nahezu jedes fünfte Kind wächst bei einem alleinerziehenden Elternteil auf. Die meisten dieser Mütter und Väter sind unfreiwillig in eine Lebenslage geraten, mit der sie sich arrangieren müssen. Es handelt sich aber um eine ganz andersartige Konstellation, wenn ein mit Hilfe der assistierten Reproduktion gezeugtes Kind planmäßig in die Lage gebracht werden soll, nur einen Elternteil zu haben. Staatliche Förderung würde ein bislang als schicksalhaft begriffenes, tragisches Phänomen in ein gesellschaftspolitisch positives Ziel umwandeln.

Zur Förderung der Nutzung von Samenzellspenden über die Richtlinie: Die Nutzung von Samenzellspenden soll nach Meinung der Antragsteller gefördert werden. Diese werden erstens von alleinstehenden Frauen mit Kinderwunsch nachgefragt, zweitens von lesbischen Paaren oder drittens von heterosexuellen Paaren, bei denen der Mann unfruchtbar ist. Die im Mai 2018 veröffentlichte Richtlinie der Bundesärztekammer zur assistierten Reproduktion befasst sich auch mit der Aufklärung vor einer Verwendung von Samenzellspenden. Die Eltern sollen vor einer solchen künstlichen Befruchtung zu Problemen, die sich daraus ergeben, beraten werden. Dabei soll besonderes Gewicht auf die Entwicklung einer Partnerschaft sowie auf die Frage der künftigen Aufklärung des Kindes über seine genetische Abstammung gelegt werden.

Zur Förderung der Nutzung von kryokonservierten Samenzellen: Die Antragsteller fordern, die Nutzung kryokonservierter Ei- und Samenzellen zu fördern. „Social Freezing“ heißt das Einfrieren

unbefruchteter Zellen, wenn es für diese Maßnahme keine medizinische Indikation gibt. Das Verfahren soll es jungen Frauen ermöglichen, ihren Kinderwunsch aufzuschieben. Darin liegt vor allem ein Vorteil für Arbeitgeber, die jüngere Mitarbeiterinnen längere Zeit im Arbeitsprozess halten wollen. Ob es sich um einen echten Zugewinn an Selbstbestimmung für die Frauen handelt, sei dahingestellt. Lediglich im Fall einer wegen bevorstehender Krebsbehandlung erfolgenden Kryokonservierung wäre eine solche Förderung zu erwägen; auch dann allerdings nicht über die Richtlinie, sondern über eine Modifikation von § 27a SGB V. Doch auch hier müsste man prüfen, inwieweit sich eine solche Regelung dauerhaft auf eine eng gefasste medizinische Indikation beschränken ließe.

Schließlich zu den Altersgrenzen: Die derzeit starren Fristen schränken nach den Antragstellern die Behandlungsmöglichkeiten insbesondere junger und ungewollt kinderloser Paare ein. Viele Frauen erwägen heute die Verschiebung ihres Kinderwunsches in ein höheres Lebensalter. Hier wird nun das Gegenteil postuliert, nämlich eine frühere Förderung vor dem 25. Lebensjahr. Welche gesellschaftliche Entwicklung dahinter steht, ist mir nicht klar.

**Dr. med. Ute Czeromin** (Kinderwunschpraxis Gelenkirchen): Guten Tag und herzlichen Dank für die Einladung. Mein Name ist Ute Czeromin, ich habe mich als Ärztin der Fortpflanzungsmedizin verschrieben, seit 1999 in Gemeinschaftspraxis und seit 2012 in ehrenamtlicher Arbeit für das Deutsche IVF-Register bei der Vorstandsarbeit.

Ich würde Ihnen gerne drei Leitgedanken meines Votums darlegen. Der erste: Paare, die sich der lebenslangen Verantwortung stellen, Kinder zu bekommen, leisten einen gesamtgesellschaftlichen Beitrag. Wenn diese Paare dazu medizinische Hilfe benötigen, sollten sie diese nicht auch noch selbst finanzieren müssen. Zweitens: Sterilität ist eine Krankheit. Die Behandlung und deren Finanzierung gehört in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die In-Vitro-Fertilisation ist nur eine alternative Methode zur Be-



handlung der tubaren Sterilität. Mikrochirurgische Operationsverfahren zur Behandlung der eileiterbedingten Sterilität werden zum Beispiel selbstverständlich von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Das ist in sich unlogisch. Drittens: Die derzeitige Drei-Säulen-Finanzierung – Gesetzliche Krankenversicherung, Landeszuschüsse und Bundeszuschüsse – verbraucht allein für die Organisation und für die Verteilung der Gelder Ressourcen, die bei Direktfinanzierung durch die GKV den Betroffenen unmittelbar zur Verfügung stünden.

Meine Stellungnahme zu dem Antrag der FDP-Fraktion: Eine wohnortunabhängige Förderung ist lediglich als eine kurzfristige Maßnahme unterstützenswert. Die Förderung von Alleinstehenden ist nur durch Verwendung von Spendersamen möglich. In der Geburtsurkunde des Kindes stünde „Vater unbekannt“; nach dem Samenspenderegistergesetz und der Änderung des BGB kann der Samenspender auch nicht mehr als Vater anerkannt werden. Damit wird mit staatlicher Unterstützung dafür gesorgt, dass dem Kind Unterhalt durch das Jugendamt zusteht. Damit wird das bekannte Verarmungsrisiko von Alleinerziehenden in Kauf genommen und das Kindeswohl eklatant vernachlässigt. Kinder brauchen Eltern. Diese zwei Erwachsenen müssen nicht miteinander verheiratet sein, sie können gleichgeschlechtlich sein, aber es sollten zwei Erwachsene sein, die sich für das Wohl des Kindes verantwortlich fühlen. Meines Erachtens darf jeder Arzt entscheiden, ob er Alleinstehende reproduktionsmedizinisch behandelt. Dieses aber auch staatlich zu fördern, finde ich nicht in Ordnung.

Zu den Punkten finanzielle Förderung von Samenzellspenden, Maßnahmen der Kryokonservierung und Altersgrenzen wäre eine Änderung des § 27a SGB V sinnvoll. Insbesondere die Verschiebung der Altersgrenzen nach unten seit 2004 ist medizinisch nicht nachvollziehbar. Das heißt für mich, eine wohnortunabhängige Förderung aus Bundesmitteln ist zweite Wahl bei der Finanzierung von Behandlungskosten der Paarsterilität; erste Wahl und zukunftsgerichtet wäre eine Änderung des § 27a SGB V. Das heißt, wir brauchen kein Flickwerk an bestehenden, nicht zufriedenstellenden gesetzlichen Regelungen.

**Prof. Dr. Dr. Sigrig Graumann** (Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Abgeordnete. Ich werde mich – der Kürze der Zeit geschuldet – auf die ethischen Grundlagen beschränken. Ich unterscheide zwischen Fragen der Strebensethik und Fragen der Sollensethik. Das heißt, zur Sollensethik gehören die Fragen, die sich auf allgemeinverbindliche moralische Rechte und korrespondierende Pflichten beziehen. Da geht es darum, wozu wir strikt aufgefordert sind. Bei der Strebensethik geht es um Fragen des guten Lebens. Das sind die Fragen, die in unserem Fall insbesondere in Bezug auf den Antrag relevant sind.

Fragen des guten Lebens werden häufig subjektiv unterschiedlich beantwortet. Wenn es um den Kinderwunsch geht, haben wir eine Situation, dass es Menschen gibt, die ein Leben mit Kindern wählen, die mit vielen Kindern leben wollen, andere wollen ohne Kinder leben; manche wollen früh Kinder bekommen, manche wollen später Kinder bekommen. Das sind Fragen des guten Lebens, bei denen zunächst individuelle Unterschiede zu tolerieren sind. Bei Fragen des guten Lebens gibt es Abwehrrechte gegenüber Gesellschaft und Staat, diese Fragen auch tatsächlich individuell und subjektiv selbstbestimmt beantworten und entscheiden zu dürfen. Es gibt aber keine Anspruchsrechte auf Unterstützung im strikten Sinn, in unserem Fall von Unterstützung der Erfüllung des Kindeswunsches durch fortpflanzungsmedizinische Angebote oder auch die Kostenübernahme. Das heißt nicht, dass die Dringlichkeit des Kinderwunsches nicht ernstgenommen werden muss. Sie muss wirklich sehr ernstgenommen werden, und wir wissen, dass Paare, die sich ein Kind wünschen, auch sehr darunter leiden, wenn ihr Wunsch nicht so in Erfüllung geht oder ihre Planung nicht so aufgeht, wie sie sich das vorstellen. Ich denke aber, dass es hier Raum für politische Entscheidungen gibt und keine strikten Ansprüche, die wir erfüllen müssen.

Die politischen Entscheidungen dürfen aus einer ethischen Sicht aber auch nicht beliebig beantwortet werden. Es sind dabei auch Aspekte wie



der Schutz vor Diskriminierung, also gleicher Zugang zu fortpflanzungsmedizinischen Angeboten, die Frage sozialer Gerechtigkeit, die Fragen des Kindeswohles, aber auch die Fragen des Gesundheitsschutzes innerhalb der Behandlung zu berücksichtigen.

Zur Frage nach sozialer Gerechtigkeit: Ich denke, dass die Chancen zur Erfüllung des Kinderwunsches nicht vom Einkommen abhängig sein sollten. Ich würde dabei aber präferieren, zu der alten Regelung zurückzukehren, nämlich zu einer Bezahlung durch die Krankenkassen, weil nur diese Regelung auf einer wirklich sozial gerechten Grundlage beruht; das heißt, zurück zur alten Regelung, dass drei Zyklen voll bezahlt werden. Ich halte die Einschränkung der Kostenübernahme dann, wenn es um begrenzte Erfolgsaussichten geht, sehr wohl für gerechtfertigt, also bei Frauen über 40 oder auch bei mehr als drei Zyklen, denn jeder Zyklus, der mehr an IVF in Anspruch genommen wird, ist mit geringeren Erfolgsraten verbunden. Wir haben solche Wirtschaftlichkeitserwägungen auch an anderen Punkten und wenn sie alle betreffen, handelt es sich hier um gerechtfertigte Diskriminierung.

Zur Frage der Nichtdiskriminierung, also zur Frage des Zugangs in Abhängigkeit von der eigenen Lebensform: Ich denke, auch gleichgeschlechtliche Eltern können gute Eltern sein, das ist überhaupt keine Frage. Die Frage ist nur, ob wir damit einen Zugang zu fortpflanzungsmedizinischen Angeboten brauchen. Das können Sie auch in der Stellungnahme des Lesben- und Schwulenverbandes nachlesen. In der Regel gibt es hier andere soziale Lösungen, die ich auch vorziehen würde. Ich belasse es dabei.

**Dr. med. Jürgen Krieg** (Kinderwunschzentrum Amberg): Guten Tag, meine Damen und Herren. Ich möchte zum ersten Punkt Stellung nehmen, dass der Bund die zusätzlichen Leistungen erstattet, egal, wo man wohnt, das kann ich nur unterstützen. Es ist überhaupt nicht einzusehen, warum es bundeslandabhängig sein soll, ob ich vom Bund Förderung bekomme oder nicht. Hier besteht meiner Meinung nach eine eklatante Ungerechtigkeit, auf die das Paar selbst keinen Einfluss

hat. Zweitens, die Frage, ob man die komplette Förderung wieder aufnehmen sollte, würde ich mit ja beantworten. Einen Eigenanteil halte ich dafür für nicht gerechtfertigt, denn es handelt sich um eine Krankheit. Daher wäre ich für die vollständige Kostenerstattung für drei oder vier Versuche. Die Aufteilung der Kosten, woher das Geld dann letztendlich kommt, sollte den Krankenkassen übertragen werden und nicht den Patienten, die dann hinter dem Geld herlaufen müssen.

Ob man gleichgeschlechtliche Partnerschaften unterstützen sollte? Ich glaube ja, dazu würde ich bei lesbischen Paaren stehen, denn zwei Mütter können wirklich dieselbe Liebe und Fürsorge empfinden. Ob man Alleinstehenden das zugestehen sollte, da bin ich eher zwiespaltig. Ich denke, dass die Ehe in unserer Gesellschaft nach wie vor die Grundnorm darstellt und es jedem offensteht, eine Ehe einzugehen. Wenn er staatliche Förderung haben will, dann soll er eine Ehe schließen. Lehnt er die Ehe als staatliche Institution ab, halte ich eine Förderung durch den Staat für nicht gerechtfertigt.

Ob man Samenspenden generell unterstützen sollte, dazu habe ich auch eher eine kritische Einstellung. Ich würde die Samenspende weiterhin als Möglichkeit der Mitbeteiligung der Paare belassen. Kryokonservierung, „Social Freezing“ würde ich nicht unterstützen. Das ist eine freiwillige Sache, die jeder für sich selbst entscheiden muss. Eventuell könnten Arbeitgeber dafür einspringen. Ich halte aber sehr wohl diese fertilitätserhaltenden Maßnahmen vor wirklich drohender ovarieller Funktionseinschränkung für gerechtfertigt – also bei drohender Chemotherapie oder bei Frauen, die zum Beispiel in eine ovarielle Insuffizienz hineingeraten. Das ist wirklich dramatisch. Jungen Frauen mit 25, 26 Jahren, deren Fertilität einfach am Ende ist, das zu verwehren, halte ich für absolut nicht gerechtfertigt.

Zur Frage, ob man die Förderung mit den Altersgrenzen verbinden muss. Diese Altersgrenze von 25 Jahren ist in meinen Augen schlicht und ergreifend Unsinn. Es gibt überhaupt keine Rechtfertigung für so etwas. Ansonsten verbieten Sie bitte die Ehe unter 25 Jahren, dann bin ich wieder bei



Ihnen. Aber ansonsten ist das Unsinn. Das gilt auch für die Begrenzung der Förderung auf unter 40-Jährige. Es gibt Frauen, die mit 40 Jahren sehr wohl fertil sind. Also, was soll das? Unsere Gesellschaft ändert sich. Sie verbieten auch keinem 65-Jährigen, ein Motorrad zu kaufen. Aber ich denke, es muss davon abhängig gemacht werden, welche ovarielle Reserve da ist. Kann die Frau wirklich ausreichend eigene Eizellen entwickeln? Wie sehen die Eizellen nach dem ersten Versuch aus? Ist mit einer Befruchtung zu rechnen? Man muss es individualisieren. Sie müssen uns Ärzten auch zutrauen, dass wir das können. Wir schauen nicht immer nur nach dem Geld. Wir gucken auch durchaus nach den Patienten. Das Patientenwohl steht hier an vorderster Stelle. Ich halte uns auch für fähig und imstande zu beurteilen, ob es Sinn macht oder nicht. Dafür sind wir ausgebildet. Dafür haben Sie alle bezahlt, dass wir das auch können.

**Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel** (Universitätsfrauenklinik Düsseldorf): Auch ich bedanke mich herzlich für die Einladung. Ich spreche in einer Doppelrolle: Einmal als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin. Das ist die größte wissenschaftliche Fachgesellschaft, in der alle Disziplinen, die sich mit dem unerfüllten Kinderwunsch befassen, vertreten sind. Dann auch in meiner Rolle – wie Frau Dr. Czeromin – als Vorstandsmitglied des Deutschen IVF-Registers, aber eben auch als Reproduktionsmediziner.

Ich bin täglich konfrontiert mit Paaren, deren größter Wunsch nicht in Erfüllung geht. Ich halte es fast für zynisch, daran zu zweifeln, dass es sich dabei um eine Krankheit handelt. Wer definiert Krankheiten? Zum einen macht das die Weltgesundheitsorganisation und es gibt auch den sogenannten „International Code of Diseases“ (ICD-Code). Alles was von N79.0 bis N79.9 darin abgebildet ist, befasst sich mit der Thematik „unerfüllter Kinderwunsch“. Also es handelt sich dabei aus meiner Sicht ganz klar um eine Krankheit. Wenn Sie Kinderwunschpaare fragen würden und wenn diese Ihnen dann ehrlich antworten würden – was die Betroffenen ja häufig nicht tun, weil sie sich tabuisiert fühlen und die Kinderlosigkeit eine sehr große Belastung für sie ist –, dann würden sie

Ihnen das ganz glaubhaft vermitteln können. Insofern halte ich es auch für sehr wünschenswert, dass die Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches wieder stärker finanziert wird.

Frau Professorin Graumann hat schon gesagt, sie würde gerne zu den alten Verhältnissen von 2003, 2004 zurückkehren, wobei damals tatsächlich vier Behandlungszyklen komplett bezahlt wurden, nicht drei. Da wäre ich auch dabei. Generell ist diese Unterscheidung – drei oder vier Behandlungszyklen – medizinisch nicht nachvollziehbar, ich halte sie für willkürlich. Wir im Deutschen IVF-Register haben jetzt eine aktuelle Sonderauswertung gemacht und festgestellt, dass wir nach einer dritten erfolglosen Behandlung die Paare motivieren könnten, eine weitere vierte Behandlung durchzuführen; es gäbe dann immer noch eine Schwangerschaftswahrscheinlichkeit von 22 Prozent.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der schon mehrfach angesprochen wurde, ist die Frage der Altersgrenzen. Auch hier halte ich es für völlig willkürlich, eine Altersgrenze von 25 und von 40 Jahren anzunehmen. Eine Altersgrenze nach unten ergibt biologisch überhaupt keinen Sinn. Sobald ein Mensch volljährig ist und einen Kinderwunsch hat, hat er aus meiner Sicht auch denselben Anspruch, behandelt zu werden wie eine Patientin, die 25 Jahre alt ist, und dann diese Behandlung ebenfalls bezahlt zu bekommen. Nach oben hin ist es sicherlich so, dass die Schwangerschaftsraten sehr stark vom Alter der Frau abhängen. Das habe ich Ihnen auch in meiner Stellungnahme mitgeteilt. In der Abbildung 4 der Stellungnahme sehen wir anhand der Daten des Deutschen IVF-Registers, dass es biologisch ein großer Unterschied ist, ob eine Frau noch viele Eizellen hat oder nicht – da bin ich bei meinem Vorredner. Ähnlich wie eine private Versicherung ja so lange bezahlt, wie eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit gegeben ist, sollte es uns möglich sein, oberhalb des 40. Lebensjahres eine solche Behandlung zu bezahlen.

Was ich für einen sehr wichtigen Punkt halte, ist die Finanzierung oder Unterstützung der Kryokonservierung. Was die medizinische Situation



angeht, gibt es nur zwei Komplikationen bei der künstlichen Befruchtung. Das eine ist die Überstimulation – das können wir durch Medikamente und entsprechende Auswahl beeinflussen. Das andere sind die Mehrlingsschwangerschaften. Wenn wir sehen, dass seit Bestehen des IVF-Registers 254.000 Kinder in Deutschland geboren wurden, dann ist das eine sehr große Zahl. 3 Prozent aller Geburten kommen nach einer künstlichen Befruchtung zustande. Die Mehrlingsrate liegt in Deutschland immer noch bei knapp 22 Prozent. Solange es noch Zwillinge sind, kann man sagen, damit kann man leben; aber auch Zwillingsschwangerschaften sind häufig mit Komplikationen behaftet. Eine höhergradige Mehrlingsschwangerschaft ist für uns aber kein Erfolg, sondern ein absoluter Misserfolg. Ich könnte Paare dazu motivieren, sich nur einen Embryo einsetzen zu lassen, wenn die überzähligen befruchteten Eizellen eingefroren und dann sukzessive transferriert werden könnten und wenn diese Behandlung bezahlt würde. Viele Paare lehnen das ab, weil sie sagen, sie können sich das nicht leisten. Insofern teile ich die Auffassung, dass die Chancen zur Erfüllung des Kinderwunsches nicht vom Einkommen der Eltern abhängen dürfen und auch keine Komplikationen daraus erwachsen dürfen.

**Inge Landgraf** (DONUM VITAE in Bayern e. V., Nürnberg): Sehr verehrte Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren. Ich arbeite seit mehr als 20 Jahren in der Schwangerenberatung und seit 2001 bei DONUM VITAE Bayern in Nürnberg. Die Schwangerenberatung umfasst viele Beratungsbereiche. Ein Feld der allgemeinen Schwangerenberatung ist die psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch, die sich aus dem gesetzlichen Anspruch auf Beratung für Frauen und Männer in allen Fragen, die eine Schwangerschaft betreffen, ergibt. Die psychosoziale Beratung ergänzt die medizinische Beratung und Behandlung zur Unterstützung und Entlastung der Betroffenen. Wir beraten vorurteilsfrei und ergebnisoffen im Rahmen der geltenden Gesetze, orientiert am christlichen Menschenbild.

Ich berichte über Erfahrungen aus der Praxis. Der Wunsch nach einem Kind kann übermächtige Dimensionen annehmen, sodass alles andere in den Hintergrund tritt. Anstehende Entscheidungen

werden vom Eintreten einer Schwangerschaft abhängig gemacht, zum Beispiel die Kündigung einer ungeliebten Arbeitsstelle oder ein eventueller Umzug. Hobbys werden nicht mehr gepflegt. Die partnerschaftliche Beziehung kann durch die Fokussierung auf eine gewünschte Schwangerschaft und die ständige „Achterbahnfahrt“ der Gefühle, verursacht durch die Hormonbehandlung, durch Enttäuschung und neue Hoffnung sehr belastet werden. Manchmal wird auch der Kontakt mit Verwandten und Freunden, die Kinder haben, gemieden, weil das oft für die Wunscherltern eine sehr schmerzliche Erfahrung ist.

Die soziale Spaltung in unserem Land wird auch bei diesem Thema sichtbar. Für Menschen mit niedrigem Einkommen oder im SGB-II-Bezug ist eine Behandlung nicht finanzierbar. Provokant formuliert: Einkommensschwache Menschen sind nicht automatisch auch schlechte Eltern. Und im Umkehrschluss: Wohlhabende Menschen sind nicht automatisch die besseren Eltern. Das Fazit für die Betroffenen aus beratender Sicht: Eine einheitliche weitgehende finanzielle Unterstützung im Sinne des Antrages ist höchst wünschenswert. Die Sehnsucht nach einem Kind bzw. der Wunsch nach dem Leben mit einem oder mehreren Kindern ist in allen sozialen Schichten vorhanden.

Eine Anhebung der Altersgrenze für die finanzielle Förderung wäre in Abwägung der medizinischen Risiken, die eine späte Schwangerschaft bedeutet, zu diskutieren, zumal es für viele Menschen schwieriger geworden ist, eine tragfähige berufliche und finanzielle Basis für die Familiengründung in jungen Jahren zu schaffen.

Frauen und Männer haben ein Recht auf Beratung in allen eine Schwangerschaft betreffenden Fragen. Deshalb haben wir den Wunsch nach einer Öffentlichkeitsarbeit, die bekanntmacht, dass es qualifizierte psychosoziale Beratung und Begleitung zum Kinderwunsch in den staatlich anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen gibt, die zudem kostenfrei ist.

**Dr. Petra Thorn** (Praxis für psychosoziale Kinderwunschberatung, Paar- und Familientherapie,



Mörfelden): Sehr geehrte Damen und Herren, ich spreche zu Ihnen als Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung und als Beratungsfachkraft mit über 25 Jahren Beratungserfahrung in diesem Bereich.

Erst einmal begrüße ich es sehr, dass Paare und Personen mit Kinderwunsch eine bessere finanzielle Unterstützung bekommen sollen. Ich möchte auf drei Punkte eingehen, nämlich auf die bessere Finanzierung, auf das veränderte Familienbild und die Finanzierung und letztendlich auf die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch.

Zur Finanzierung: Ich weiß aus vielen Beratungskontakten, dass seit 2004 Wunscheltern trotz guter medizinischer Prognose eine Behandlung aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen nicht möglich ist. Das hat mehrere Konsequenzen. Es führt zu einer sozialen Selektion, die aus Sicht der Betroffenen nicht nur unangemessen ist, sondern schlichtweg frustrierend. Wir haben die paradoxe Situation, dass das Alter der Erstgebärenden nach wie vor steigt und gleichzeitig junge Frauen mit eindeutiger medizinischer Diagnose, also die Frauen, die 25 Jahre und jünger sind, keine Kostenerstattung bekommen, obwohl sie eine sehr gute Behandlungsmöglichkeit haben, obwohl sie mit größter Wahrscheinlichkeit schwanger werden würden. Letztendlich führt die eingeschränkte Finanzierung auch dazu, dass Paare risikofreudiger werden, weil sie sich eben nur einen oder wenige Versuche erlauben können, weil sie sich keine Kryokonservierung erlauben können. Das heißt: Sie stimmen im Zweifelsfall der Übertragung von zwei oder manchmal auch drei Embryonen zu, weil sie hoffen, damit eher schwanger zu werden. Aber sie gehen damit auch dieses eminent hohe Mehrlingsrisiko ein, von dem wir eben schon gehört haben, das in Deutschland bei 22 Prozent liegt. Das ist viel zu hoch.

Zu dem geänderten Familienbild: Die Kostenübernahme hat sich bislang am klassischen Familienbild der Ehe mit Kindern, die genetisch von beiden Eltern abstammen, orientiert. Unser Familienbild hat sich allerdings sehr verändert. Als Familie werden mittlerweile viele Formen von Verantwortungsgemeinschaften verstanden – eheliche

und nichteheliche Lebensgemeinschaften, Familien mit Kindern, die keinen genetischen Bezug zu einem oder zu beiden Elternteilen haben, also Samenspende, Adoption, lesbische Familien, Pflegefamilien auch mit schwulen Vätern, sogenannte Patchwork-Familien. Wir wissen aus vielen wissenschaftlichen Untersuchungen aus dem Ausland, zum Teil auch aus dem Inland, dass das Kindeswohl nicht von der Struktur der Familie abhängt, sondern von der Fähigkeit der Eltern, entwicklungspsychologisch angemessen auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen und eine vertrauensvolle und liebevolle Beziehung aufzubauen. Insofern ist es wichtig, auch beim Zugang zu Behandlungen und bei deren Finanzierung bestimmte Gruppen nicht zu diskriminieren.

Zu dem dritten Punkt, der psychosozialen Beratung. Zu einem verantwortungsvollen Umgang mit der Reproduktionsmedizin gehört eine unabhängige psychosoziale Beratung. Das wird in zahlreichen Richtlinien immer wieder gefordert und dafür hat sich auch die Bundesärztekammer in ihren aktuellen Richtlinien ausgesprochen. Ziel dieser Beratung ist es, Ratsuchende auf der Grundlage ihrer Wertvorstellungen, ihrer Lebenssituation und unter Berücksichtigung des Wohls aller Beteiligten, selbstverständlich auch des Kindeswohls, langfristig tragfähige Entscheidungen zu ermöglichen. Damit diese Beratung tatsächlich auch angenommen wird, ist es wichtig, dass sie niedrigschwellig angeboten wird. Dazu gehört, dass sie verbindlich in die medizinische Versorgung eingebunden wird, dass sie wohnortnah und kostengünstig ist. Diese Beratung ist vor allem vor Samenspenden und vor anderen Formen von Spenden, also auch vor Embryonenspende und Eizellspende, wichtig – unabhängig davon, ob die Behandlung erlaubt ist oder nicht.

**Prof. Dr. sc. hum. Tewes Wischmann** (Universitätsklinikum Heidelberg): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren, herzlichen Dank für die Einladung. Ich blicke auf ungefähr 25 Jahre Beratungserfahrung und Forschungserfahrung im Bereich der ungewollten Kinderlosigkeit zurück. Mir ist folgende Botschaft wichtig: Ungewollte Kinderlosigkeit ist kein Luxusproblem. Die Paare trifft es in der Regel vollkommen



unerwartet, dass ein Lebensplan nicht in Erfüllung geht. Das heißt, sie müssen eine Lebensplanung „beerdigen“. Das ist – wie eben schon gesagt – kein Luxusproblem, sondern bringt die meisten Paare dazu, sich komplett umzustellen. Von daher finde ich es als Berater wichtig, dass eine psychosoziale Beratung zumindest niedrigschwellig angeboten wird, damit die Paare es nicht noch einmal als Trauma oder als weiteres persönliches Versagen erleben, nicht nur nicht schwanger geworden zu sein, sondern eben auch festzustellen, dass die emotionale Belastung extrem hoch ist und dafür kaum Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Das ist also der Punkt psychosoziale Beratung, der wichtig ist.

Der zweite Punkt ist, dass es aus Sicht der psychologischen Forschung, die ich hier vertrete, keinerlei Zweifel daran gibt, dass diese Kinder sich – wenn sie Einlinge sind – in der Regel genauso, wenn nicht sogar ein bisschen besser entwickeln als Kinder nach spontaner Konzeption. Wir wissen das aus dem internationalen und auch aus dem nationalen Stand der Forschung. Das heißt, diese Entwicklung ist in der Regel als positiv zu betrachten, weil es eben Wunschkinder sind. Es ist vollkommen unabhängig von den Familienformen, in die diese Kinder hineingeboren werden – ob das heterosexuelle Eltern, lesbische Eltern oder alleinstehende Frauen sind. Dies gilt mit der kleinen Einschränkung, die ich auch in meinem schriftlichen Statement gemacht habe, dass ältere alleinstehende Frauen häufig soziale Ressourcen nicht mehr zur Verfügung haben und gerade wenn es Kinder sind, die Schwierigkeiten haben, überfordert sein können. Dazu gibt es einige wenige Studien, die das zeigen. Insofern kann man aus Sicht der psychologischen Forschung nichts dazu sagen, wie die Finanzierung gewährleistet ist. Dazu gibt es keinerlei Erkenntnisse aus der Wissenschaft. Soeben hatte ich ja schon gesagt, dass die Entwicklung der Kinder unabhängig von der Familienform ist. Sowohl konventionelle als auch nicht konventionelle Familienformen bieten gute Chancen für deren Entwicklung.

Als dritten Punkt möchte ich anführen, dass aus Sicht der Forschung nichts dagegen spricht, dass die Spermienbehandlung durch die Krankenkassen finanziell unterstützt wird. Wie Frau

Dr. Thorn gesagt hat, ist es bei diesen ganzen Familienbildungsverfahren, bei denen eine dritte Partei involviert ist, noch einmal wichtiger, eine unabhängige psychosoziale Beratung niedrigschwellig vorzuhalten. Dazu gehört auch, dass Paare oder Einzelpersonen für diese psychosoziale Beratung nichts zahlen müssen.

Zur Fertilitätsprotektion und zum Einfrieren von Keimzellen. Personen, die eine schwerwiegende Krebserkrankung haben, müssen sich zum Teil mit einer doppelten Traumatisierung auseinandersetzen – auf der einen Seite mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung und auf der anderen Seite mit dem Risiko, keine eigene Familie gründen zu können. Von daher ist es aus psychosozialer Sicht selbstverständlich, dass fertilitätsprotektive Maßnahmen unterstützt werden sollten. Kritischer bin ich beim „Social Freezing“, aus verschiedenen Gründen, die ich versucht habe, im schriftlichen Statement darzulegen. Vor allem wird dadurch eine politische Aufgabe an die einzelne Frau delegiert. Diese übernimmt das Ganze sozusagen in die eigene Verantwortung und muss auch zahlen. Das sehe ich sehr kritisch und wir wissen auch aus Sicht der Forschung viel zu wenig über die Langzeitfolgen von Kindern, die aufgrund von „Social Freezing“ auf die Welt gekommen sind.

Abschließend zu den Altersgrenzen. Aus psychologischer Sicht gibt es überhaupt keine Argumente, warum die Altersgruppe unter 25 Jahren von der Finanzierung ausgeschlossen werden soll. Diese strikte Grenze erschließt sich mir auch als Mediziner überhaupt nicht. Bei den Altersgrenzen nach oben – 40 Jahre für die Frau und 50 für den Mann – bin ich ein bisschen skeptischer, was die ganzen Risiken angeht.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank für Ihre Statements. Wir kommen nun zur ersten Frage- und Antwortrunde. Ich rufe die Fraktionen nacheinander auf, ihnen steht dann ein gewisses Zeitbudget zur Verfügung. Ich bitte daran zu denken, dass Frage und Antwort in dem Zeitbudget enthalten sind. Ich werde auch auf die Zeit achten. Außerdem wäre ich Ihnen dankbar, wenn die Fragestellerinnen und Fragesteller maximal zwei Fragen stellen und auch ganz deutlich die Adressaten nennen, an die



die Frage gerichtet wird. Wir beginnen mit der CDU/CSU-Fraktion, der zunächst 10 Minuten zur Verfügung stehen. Herr Weinberg, Sie beginnen. Bitte schön.

Abg. **Marcus Weinberg** (Hamburg) (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe es verstanden und will deswegen gleich zu meinen Fragen kommen. Die erste Frage richtet sich an Frau Professorin Graumann. Sie bezieht sich auf Punkt 1b des Antrages der FDP, also die Forderung der FDP, auch alleinstehenden Personen Kinderwunschbehandlungen zu finanzieren. Das würde ja in der Konsequenz bedeuten, dass dann die Fremdsamenspende finanziert werden müsste und auch die Zulassung von Leihmutterchaft. Meine Frage ist: Wie bewerten Sie das denn? Vielleicht können Sie in die Antwort auch noch eine grundsätzliche ethische Bewertung zum Thema Leihmutterchaft mit einfügen.

Die zweite Frage an Sie ist dann die Frage nach dem Kindeswohl. Welche Erkenntnisse haben Sie hinsichtlich des Kindeswohls von sogenannten Spenderkindern oder Kindern von Leihmüttern? In den letzten Monaten tauchten häufiger Berichte dazu auf. Gibt es verifizierte Studien mit einer entsprechend großen Stichprobe, die das Wohlbefinden von Spenderkindern bzw. Leihmutterkindern im Verlauf untersuchten?

**Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann** (Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum): Ich beginne mit der Eizellspende. Auf die generelle Frage des Zugangs zu fortpflanzungsmedizinischen Angeboten durch Alleinstehende will ich an dieser Stelle nicht eingehen. Mir geht es um die Frage des Zugriffs auf Samenspenden und auf Eizellspenden. Eizellspenden lehne ich ab, weil wir es hier mit einer Drittbetroffenheit von Frauen zu tun haben, nämlich den Spenderinnen, die die Risiken und Belastungen der Eizellspende tragen. Damit tritt praktisch eine dritte Partei, die nicht im Mittelpunkt des ärztlichen Verantwortungsgefühls steht, in die fortpflanzungsmedizinische Behandlung, die auf den Kinderwunsch eines Paares oder einer alleinstehenden Person ausgerichtet ist. Das halte ich aus ethischer Sicht für eine nicht zu rechtfertigende Körperverletzung.

Also ich halte es tatsächlich für etwas, was strikt normativ so nicht geht.

Im Falle einer Eizellspende kommt die Leihmutterchaft hinzu. Wir wissen, dass es zunehmende Angebote von Leihmutterchaften in der Ukraine gibt. Eizellspenden werden vor allem in Spanien und Tschechien angeboten. Bei Leihmüttern handelt es sich um arme Frauen in einer krisengeschüttelten Gesellschaft, die ihren Dienst über entsprechende Agenturen anbieten, weil sie keine anderen Chancen haben. Ich halte das für ausgesprochen problematisch. Keine Frau bietet eine Leihmutterchaft aus rein altruistischen Gründen an. Es gibt ein paar Ausnahmen was Verwandte angeht. In aller Regel aber ist es ein Markt, der hier bedient wird und auf dem mit deutschen, oft gleichgeschlechtlichen Paaren, zum Teil viel Geld verdient wird. Das halte ich für nicht richtig. Ich würde mich insoweit gegen jede Kostenerstattung wenden.

Die Angebote werden, weil eine Leihmutterchaft in Deutschland verboten ist, im Ausland gemacht. Ich halte es auch nicht für eine gute Lösung, was manchmal bei der Debatte in Deutschland mitschwingt, solche Angebote zu legalisieren, weil es auch in Deutschland arme Frauen gibt, die durch solche Dienste ausbeutbar wären.

Das Letzte, was Sie angesprochen haben, ist das Kindeswohl. Ich kenne nur ältere Studien zur Leihmutterchaft und Eizellspende, die ich alle für nicht besonders tragfähig halte. Zum einen sind die Zeiträume nicht lang genug, man muss da ja praktisch die ganze Entwicklung eines Kindes anschauen. Zum anderen gibt es da viele Ausschlüsse, weil die Parameter, die untersucht werden, einfach sehr schematisch sind. Aus diesen Gründen halte ich nicht sehr viel von den Studien, die in der Regel zeigen, dass es bei Eizellspenden und Leihmutterchaft keine großen Belastungen gibt. Im Übrigen handelt es sich dabei nicht um Studien zur transnationalen Leihmutterchaft, sondern Studien beispielsweise aus England.

Was die Problematik des Kindeswohls angeht, so



wissen wir aus den Organisationen der Spenderkinder, dass es einen großen Druck gibt, erfahren zu wollen, wer die eigenen Eltern sind. Das ist derzeit nicht immer gewährleistet und ich denke auch nicht, dass hier ein Auskunftsrecht alleine weiterhilft. Im Übrigen hat eine Zellspende auch immer eine kulturelle Komponente, weil die eigenen biologischen Eltern in unserer Kultur wichtig und nicht einfach durch eine Zellspende ersetzbar sind. Das ist für die betroffenen Heranwachsenden eine Problematik, mit der sie umgehen müssen.

Abg. **Prof. Dr. Claudia Schmidtke** (CDU/CSU): Frau Landgraf, ich habe mehrere Fragen an Sie. Wie bewerten Sie die Forderung nach einer Abschaffung der oberen Altersgrenze von 40 Jahren? Wollen Frauen heutzutage ihren Kinderwunsch zu spät realisieren? Was können Politik und Gesellschaft tun, damit der Kinderwunsch nicht zu weit verschoben wird?

**Inge Landgraf** (DONUM VITAE in Bayern e. V., Nürnberg): Als Mitarbeiterin einer Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen habe ich ein großes Spektrum an Beratungsthemen. Zu uns kommen ganz normal schwanger gewordene Frauen genauso wie ungewollt Schwangere, die darüber nachdenken, ob sie ein Kind behalten wollen oder eben nicht. Dabei ist festzustellen, dass sehr wohl auch Frauen jenseits eines Lebensalters von 40 Jahren natürlich schwanger werden und sich Kinder wünschen. Nach meiner Erfahrung liegt die Grenze bei Mitte 40. Bis zu diesem Lebensalter können Frauen noch auf natürliche Art schwanger werden. Aus der Beratung weiß ich, dass Frauen für sich selbst diese Grenze oft auch annehmen und sagen, wenn ich bis dahin noch kein Kind habe, dann habe ich das Gefühl, ich werde zu alt.

Abg. **Prof. Dr. Claudia Schmidtke** (CDU/CSU): Die zweite Frage zielt auf den späten Kinderwunsch, also den Umstand, dass Schwangerschaften immer später eintreten. Nach meiner Erfahrung hängt das nicht immer nur vom Wollen und Wünschen der zukünftigen Eltern ab. Schwierigkeiten bereitet insoweit auch der Abschluss der Berufsausbildung oder die Erlangung eines sicheren Arbeitsplatzes mit genügendem Einkommen. Viele

Eltern sehen das als Voraussetzung für die verantwortungsvolle Realisierung eines Kinderwunsches an. Da kann es schnell passieren, dass Frauen auf die 30 zugehen oder schon über 30 Jahre alt sind. Im Übrigen denke ich auch, dass das Beziehungsbild komplizierter geworden ist. Es gibt Paare, die sich nach zehn Jahren wieder trennen. Dann ist es für viele Frauen schwieriger, wieder einen Partner zu finden, mit dem sie sich eine Familiengründung vorstellen können. Das ist viel schwieriger geworden als vor 30 Jahren. Eine letzte Frage noch: Gibt es Paare, denen Sie von einer Kinderwunschbehandlung abraten und wenn ja, warum?

**Inge Landgraf** (DONUM VITAE in Bayern e. V., Nürnberg): In der Regel ist es so, dass Paare schon die Idee mitbringen, sich in Kinderwunschbehandlung zu begeben. Was ich in der Beratung mache, ist zu überlegen, wie weit Paare in ihrer Kinderwunschbehandlung gehen wollen und welche Gründe und Motivationen, welches Leiden dahinter steckt. Von einem Kinderwunsch direkt abzuraten, dafür sehe ich keinen Grund. Wenn Paare allerdings mit Ideen in die Beratung kommen, die außerhalb der gültigen Gesetze liegen, dann ist es sehr wohl so, dass es einiges zu bedenken gibt.

Ich kann mich jetzt nicht konkreter ausdrücken, weil es einfach sehr schwierig ist und weil wir die Themen, die die Paare in die Beratung mitbringen, selbstverständlich behandeln müssen. Beratung will ja auch nicht sagen: Nein, das sollst du nicht, oder ja, das sollst du. Es muss immer in der Verantwortung und Entscheidung der Menschen liegen, was und wie sie es tun wollen.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Wir kommen jetzt zur Fraktion der AfD. Sie haben acht Minuten. Herr Huber bitte, Sie haben das Wort.

Abg. **Johannes Huber** (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende und vielen Dank für die Stellungnahmen der Sachverständigen. Ich würde meine Frage gern zweiteilen und zunächst auf Punkt zwei im Antrag eingehen, nach dem geprüft werden soll, inwieweit die für die Förderung geltenden Altersgrenzen noch der Lebenswirklichkeit in



Deutschland entsprechen. Da würde ich zum Ersten fragen, ob es denn medizinische Gründe gibt, die für eine möglichst frühe assistierte Reproduktion sprechen. Da denke ich vor allem an ein Alter von 20 Jahren. Gibt es in diesem Alter schon eine medizinische Indikation für eine Unfruchtbarkeit, wie ist das zu beurteilen?

Die zweite Frage ist ebenfalls an Herrn Bauer gerichtet, nämlich ob es medizinisch angemessen ist, Unfruchtbarkeit in einem höheren Lebensalter, z. B. nach dem 40. Lebensjahr, als Krankheit zu definieren und zu behandeln. Daran schließt sich die Frage an, ob eine späte assistierte Reproduktion für Frauen und Kinder auch gesundheitliche Risiken mit sich bringt.

**Prof. Dr. med. Axel W. Bauer** (Universität Heidelberg / Universitätsklinikum Mannheim): Vielen Dank für die Fragen, die auch medizinische und biologische Fragen sind. Da kommt der Mediziner schon an den Rand seiner Kompetenz. Zunächst einmal stelle ich fest, dass die bisherigen Altersgrenzen von 25 bis 40 Jahren in § 27a SGB V festgelegt sind, wie auch in der Richtlinie des Bundesministeriums aus dem Jahr 2012/2015. Wenn ich einiges hier heute richtig verstanden habe, dann sind diese Grenzen damals vollkommen willkürlich und vollkommen unberechtigt festgelegt worden. Das nehme ich allerdings nicht an. Auch damals hat man sich sicher Gedanken gemacht, warum man die Altersgrenzen so setzt.

Zunächst einmal zu der unteren Altersgrenze. Da kann man natürlich sagen, 25 Jahre ist irgendwo beliebig gegriffen. Ein Lebensalter von 24 Jahren wäre wahrscheinlich auch nicht wesentlich anders von der Biologie her. In diesem Alter sind ja nur etwa 5 Prozent der Frauen infertil. Diese Zahl steigt später natürlich an. Darüber hinaus stellt sich sicher die Frage, ob dieses sehr frühe Alter schon für eine endgültige Feststellung geeignet ist, dass eine therapiebedürftige Unfruchtbarkeit besteht. Zudem ist es in dem Alter häufig so, dass auch die familiären Beziehungen noch etwas im Werden sind und man vielleicht auch deswegen gesagt hat, wir wollen die Altersgrenze nicht zu früh setzen, also nicht zu niedrig.

Ich habe eine Studie aus Australien aus dem Jahr 2016 im „British Journal of Obstetrics and Gynaecology“ gefunden. In dieser Studie wurden alle künstlichen Befruchtungen zwischen den Jahren 1986 und 2002 mit den natürlichen Geburten verglichen. Diese Studie kam zu interessanten Ergebnissen im Hinblick auf Anomalien bei der Geburt der Kinder, insbesondere zu der Frage, wo diese Anomalien am niedrigsten sind. Die niedrigste Rate an Anomalien tritt bei der natürlichen Geburt auf. Die höchsten Fehlbildungsraten dagegen zeigten sich bei künstlichen Befruchtungen, insbesondere „ICSI“ aber auch „IVF“ bei den unter 30-Jährigen. Also gerade die Jüngeren hatten ein bis zu 82 Prozent höheres Fehlbildungsrisiko bei der Geburt von Kindern. Umgekehrt hat allerdings die gleiche Untersuchung gezeigt, dass es paradoxerweise bei den über 40-Jährigen die niedrigsten Fehlbildungsraten bei den künstlichen Befruchtungen gab und wesentlich höhere bei den natürlichen Geburten.

Daraus allerdings die Folgerung zu ziehen, wenn man über 40 ist, sollte man unbedingt eine künstliche Befruchtung durchführen, wäre sicherlich verfehlt, denn erstens sind die Gründe für das überdurchschnittlich positive Abschneiden der künstlichen Befruchtung bei über 40-Jährigen nicht klar. Da werden alle möglichen hormonellen Fragen diskutiert, denn die Studie ist eine retrospektive Studie und keine prospektive, also keine Studie, die Ursachen wirklich feststellen kann. Meines Erachtens wird dabei ein ganz wichtiger Punkt völlig weggelassen. Das ist der, dass die über 40-jährigen Frauen nach künstlicher Befruchtung sicherlich in einer sehr guten pränataldiagnostischen Überwachung sind, sodass sich das Phänomen höchstwahrscheinlich dadurch erklärt, dass es im Falle von Komplikationen zu Schwangerschaftsabbrüchen kommt, sodass eben deswegen die Zahlen so günstig aussehen. Letzten Endes dürfte also eher eine eugenische Selektion als ein großer Fortschritt in biologischer Hinsicht dahinterstehen.

Die obere Altersgrenze steht, glaube ich, im Antrag der FDP-Fraktion nicht so sehr im Fokus wie die untere Altersgrenze. Im Übrigen muss man den Antrag auch im Gesamtzusammenhang sehen. Das eine ist diese gleichmäßige Finanzierung über



Bundesländergrenzen hinweg. Mit diesem Aspekt haben die anderen Punkte wenig zu tun. Wenn man sie im Gesamtkontext sieht, beispielsweise die Frage der Samenspende, und das kombiniert, dann stellt es sich für mich im Sinne dessen, was Frau Graumann Strebensethik genannt hat, so dar, dass man bestimmte Dinge machen kann, sie aber nicht unbedingt machen muss. Daran schließt sich die Frage an, ob man es beispielsweise fördern muss, dass eine 22-jährige alleinstehende Frau durch Samenspende zu einem Kind kommt oder nicht. Das wäre eine Möglichkeit, die sich ergäbe, wenn man alle Punkte des Antrags annehmen würde. Über die Beantwortung dieser Frage kann man verschiedener Auffassung sein. In der Ethik gibt es ja nie eine absolute Wahrheit, sondern immer individuelle Wahrheiten. Ich persönlich hätte in einem solchen Fall jedenfalls Bedenken.

Abg. **Johannes Huber** (AfD): Vielen Dank, Herr Prof. Bauer. Sie haben die ethischen und sozialen Folgeprobleme angesprochen. Da würde ich gerne noch einmal nachfragen, wie Sie die Folgen einer Förderung der Nutzung kryokonservierter Ei- und Samenzellen sehen? Welche ethischen und sozialen Folgeprobleme entstehen daraus aus Ihrer Sicht?

**Prof. Dr. med. Axel W. Bauer** (Universität Heidelberg / Universitätsklinikum Mannheim): Das Thema des „Social Freezing“ ist schon angesprochen worden. Mir scheint, es geht in dem FDP-Antrag um das Einfrieren unbefruchteter Eizellen und nicht befruchteter Embryonen. Das ist vorhin aus meiner Sicht nicht richtig dargestellt worden. Ich hätte gegen das „Social Freezing“ durchaus Bedenken. Hier wird bei den jungen Frauen von Arbeitgeberseite etwas propagiert, was so nicht zu erfüllen ist. Krankheitsbedingt mag das anders liegen. Da gibt es ja bereits einen Gesetzentwurf der FDP-Fraktion. Das müsste dann aber über den § 27a SGB V geregelt werden. Als soziale Folgen einer Kryokonservierung sehe ich natürlich, dass das die Vorstufe zur Eizellspende und zur Leihmutterschaft ist. Ich verstehe es als Ausweitung eines solchen Programms. Dem begegne ich mit großer Skepsis, nicht nur wegen des Punktes selbst, sondern auch wegen der sich daraus doch über kurz oder lang ergebenden Folgen einer „schiefen Ebene“, wie man das in der Ethik nennt.

Deshalb stehe ich dem „Social Freezing“ ablehnend gegenüber.

Die **Vorsitzende**: Wir kommen jetzt zur Fraktion der SPD und Frau Yüksel, Sie haben das Wort.

Abg. **Gülistan Yüksel** (SPD): Vielen Dank, auch für Ihre Statements. Ich habe eine Nachfrage zu der Anzahl der geförderten Versuche. Darauf sind Sie ja alle eingegangen. Da war wohl irrtümlich von drei Versuchen die Rede, tatsächlich sind es aber vier. Ich würde gerne wissen, ob diese vier Versuche ausreichen, und wenn ja, warum. Die Frage würde ich an Frau Dr. Czeromin richten.

Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Professor Wischmann. Sie sind auf die psychologische Beratung eingegangen. Von Ihnen würde ich gerne wissen, mit welchen psychologischen Folgeerscheinungen ungewollt kinderlose Paare zu kämpfen haben. Erachten Sie eine verpflichtende Teilnahme an einer interessenneutralen psychosozialen Beratung vor, während und nach der Behandlung als sinnvoll? Und welche Themen müssten dort angesprochen werden?

**Dr. med. Ute Czeromin** (Kinderwunschpraxis Gelsenkirchen): Nach dem SGB V werden drei Behandlungszyklen zu 50 Prozent finanziert. Bis 2003 wurden vier Behandlungszyklen zu 100 Prozent finanziert. Die Begründung in den Richtlinien ist identisch. Danach besteht keine Aussicht auf Erfolg mehr. Die Reduzierung von vier auf drei Versuche hatte demnach keinen medizinischen Hintergrund, sondern war aus unserer Sicht letztlich ein Kostendämpfungsinstrument, obwohl das Deutsche IVF-Register mit sehr soliden Zahlen nachweisen kann, dass es auch bei weiteren Behandlungszyklen zu einer erhöhten kumulativen Schwangerschaftsrate kommt. Mit anderen Worten, es werden mehr Frauen schwanger. Das führt zu dem Vorschlag, dass die Solidargemeinschaft eben doch besser vier als nur drei Versuche finanzieren sollte.

**Prof. Dr. sc. hum. Tewes Wischmann** (Universitätsklinikum Heidelberg): Zur psychologischen



Beratung: Auf der einen Seite weiß man aus Studien, dass die meisten ungewollt kinderlos gebliebenen Paare den Zustand im Verlauf der Jahre ganz gut überstehen und auch damit zurechtkommen. Man weiß auch, dass die Beziehungen eher stabiler sind. Die meisten Paare sagen in den Nachbefragungen, dass es eine existenzielle Krise gewesen sei, die die Partner aber eher zusammengeschweißt habe. Das bedeutet, dass die langfristigen Folgen aus psychologischer oder psychosozialer Sicht nicht so gravierend sind, wie ich das vorhin versucht habe darzustellen. Die kurzfristigen Folgen aber sind sehr gravierend, unter anderem auch deshalb, weil sehr viele Paare sich noch mit sehr vielen Mythen, Stigmatisierungen und Vorurteilen auseinanderzusetzen haben.

Stichwort: Psychogene Infertilität. Aus wissenschaftlicher Sicht ist das Unsinn. Trotzdem findet man das in jedem Kinderwunschratgeber, auch im Jahr 2018, wo der übermächtige Kinderwunsch, der eine Schwangerschaft angeblich verhindert, dargestellt ist. In diesem Punkt ist eine Aufklärung im psychologischen oder psychosozialen Beratungsgespräch unbedingt erforderlich.

Stichwort: Normalisierung. Sowohl die Paare selbst sind völlig normal, haben also keine psychischen Konflikte, die eine Schwangerschaft verhindern, als auch ihre Reaktionen. Natürlich weinen die Frauen und Männer, so habe ich es einmal in einem Spiegel-Online-Interview gesagt, in meiner Praxis, weil dort Platz dafür ist. Sie erfahren die ungewollte Kinderlosigkeit als wirkliche Krise. Das ist völlig normal und in etwa gleichzusetzen mit dem durch den Verlust eines nahen Angehörigen ausgelösten emotionalen Impact. Es ist wichtig, den Paaren das rechtzeitig und auch unabhängig von einer Behandlung zu sagen.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der mir noch etwas zu kurz kommt, ist, dass nicht die Schwangerschaft das Ziel des Paares ist. Das Paar möchte aus der Behandlung ein lebendgeborenes Kind haben, und da sind die Zahlen leider etwas weniger günstig, als wir das häufig lesen. Das heißt, die Entwicklung eines Plan B ist in der psychologischen Beratung enorm wichtig. Das kann man den Paaren auch sehr gut klarmachen, indem man

ihnen sagt, dass, wenn sie ihn brauchen sollten – das kann ja noch ein paar Jahre dauern, bis sie die Behandlung abgeschlossen haben –, sie ihn in der Schublade haben sollten. Falls sie ihn nicht brauchen sollten, kann er in der Schublade bleiben. Ich halte daher ein niedrigschwellig vorhandenes Beratungsangebot für unbedingt notwendig, sowohl vor als auch nach der Behandlung. Ob das Beratungsangebot verpflichtend sein sollte, darüber kann man diskutieren. Ich gehe davon aus, dass wenn das Beratungsangebot wirklich niedrigschwellig und transparent ist, es dann überhaupt kein Problem ist, die Paare auch zu einer Beratung, die immer freiwillig ist, zu bekommen. Zumindest nach meiner Erfahrung, die ich an der Uniklinik in Heidelberg gemacht habe, wo ich mit einem Flyer vertreten bin.

Abg. **Gülstan Yüksel** (SPD): Ich würde noch einmal zum Alter kommen und gerne Herrn Professor Dr. Krüssel fragen. Der Abbildung auf Seite 3 Ihrer Stellungnahme ist zu entnehmen, dass das Alter der Patientinnen und Patienten bei Behandlung in einem Kinderwunschzentrum nach der Gesundheitsreform 2004 angestiegen ist. Können Sie uns sagen, worauf das zurückzuführen ist?

**Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel** (Universitätsfrauenklinik, Düsseldorf): Vielen Dank. Ich kann Ihnen die Vermutung, die wir alle haben, natürlich nennen. Für uns ist ganz klar ersichtlich gewesen, dass die Paare mit Inkrafttreten der Gesundheitsreform durch diese vermehrte finanzielle Belastung abgeschreckt worden sind. Es war ja einzigartig, dass man jetzt plötzlich für die Behandlung einer Krankheit 50 Prozent dazu bezahlen musste. Wir sehen auch, dass im Jahr 2003, also im Jahr vor Inkrafttreten, die Behandlungszahlen in Bezug auf die Durchführung der Behandlungszyklen quasi explodiert sind, weil viele Paare wussten, dass ab dem nächsten Jahr 50 Prozent Eigenanteil zu bezahlen ist. Es hat eine ganze Zeit gedauert, bis die Paare sich dann dazu aufraffen konnten, sich wieder in die Behandlung zu begeben. Diesen Trend führen wir ganz klar auf die finanziellen Einbußen, die finanziellen Mehrausgaben der gesetzlich versicherten Paare durch die Gesundheitsreform zurück.



Abg. **Gülistan Yüksel** (SPD): Ich habe dazu eine Nachfrage. Mit anderen Worten sind das dann quasi Paare, die sich das finanziell leisten können, alle anderen, die es sich nicht leisten können, konnten das nicht machen?

**Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel** (Universitätsfrauenklinik, Düsseldorf): Diese haben zumindest eine ganze Zeit gebraucht, um vielleicht zu sparen oder um sich dazu aufzuraffen, sich in die Behandlung zu begeben.

Abg. **Gülistan Yüksel** (SPD): Ich habe noch eine kurze Frage an Professor Dr. Wischmann. Ich würde gerne von Ihnen wissen, welche Punkte aus Ihrer Sicht in einem seit langem vom Deutschen Ethikrat, von Berufsverbänden usw. geforderten Fortpflanzungsmedizingesetz geregelt werden müssten?

**Prof. Dr. sc. hum. Tewes Wischmann** (Universitätsklinikum Heidelberg): Sie kennen das „Paper“ von der Leopoldina. Aus psychologischer Sicht würde ich alle diese Punkte unterstützen. Das, was heute noch einmal angesprochen wurde – die medizinische, aber auch psychologische Geschichte –, das ist der „elektive Single-Embryo-Transfer“. Also wenn Sie die Mehrlingsraten in Schweden oder Belgien mit denen in Deutschland vergleichen, dann ist da Handlungsbedarf.

**Vorsitzende:** Danke schön. Wir kommen jetzt zu den Fragen der FDP-Fraktion, sieben Minuten. Frau Suding, Sie haben das Wort.

Abg. **Katja Suding** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Bei den Sachverständigen bedanke ich mich für die Expertise, die Sie hier eingebracht haben. Wir haben ja diesen Antrag vorgelegt und wollten damit das Ziel erreichen, dass die künstliche Befruchtung sowohl für Verschiedengeschlechtliche als auch für Gleichgeschlechtliche und Alleinstehende leichter zugänglich gemacht wird, und dass sie auch wohnortunabhängig erfolgen kann. Wir freuen uns sehr, dass doch eine ganze Reihe von Ihnen diese Zielrichtung auch unterstützt.

Ich habe jetzt – und das schließt an die Fragen von Frau Yüksel an Herrn Professor Krüssel an – noch einmal Fragen zu den Auswirkungen der rot-grünen Gesundheitsreform 2004. Die Zahlen sind ja deutlich eingebrochen. Vielleicht können Sie noch einmal etwas unterlegen, wie dramatisch es war.

Dann sagten Sie, es habe etwas gedauert, bis die Zahlen wieder gestiegen sind und führten das darauf zurück, dass möglicherweise die Paare etwas angespart haben. Ich glaube, im Jahr 2011 ist eine Richtlinie des Familienministeriums in Kraft getreten, die eine weitere Finanzierung ermöglicht, wenn in den Ländern eine entsprechende gleichlautende Förderrichtlinie vorhanden ist. Welche Auswirkungen haben Sie da festgestellt? Wie hat das die Zahlen verändert?

Wir haben jetzt schon eine Zeitlang über die Kryokonservierung gesprochen. Sie haben dargestellt, dass diese aus medizinischer Sicht durchaus sinnvoll sei, um Mehrlingsschwangerschaften – ich sage mal, bei Zwillingen ist das noch nicht so dramatisch, danach wird es schwieriger – zu verhindern. Vielleicht können Sie uns noch einmal darstellen, wo die medizinischen Gefahren von Mehrlingsschwangerschaften liegen und diese dann auch zu den hier geäußerten Bedenken ins Verhältnis setzen.

Herr Wischmann, Sie sagten, dass Sie sich Sorgen machen, dass gesellschaftlicher Druck auf die Frauen ausgeübt werde, zum Beispiel durch die Arbeitgeber usw. Vielleicht kann man das Medizinische und das Gesellschaftliche noch einmal ins Verhältnis setzen.

**Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel** (Universitätsfrauenklinik, Düsseldorf): Es war für uns alle, die in der Reproduktionsmedizin tätig sind, eine unglaubliche persönliche Erfahrung, dass wir von den Patientinnen überrannt worden sind wegen des drohenden Inkrafttretens eines Gesetzes. Danach kam es wiederum zum Einbruch, obwohl alle weiterhin einen Kinderwunsch hatten. Es ist ja nicht so, dass der Kinderwunsch dann plötzlich geheilt ist. Das spiegeln diese Zahlen sicherlich nicht wider. Es ist tatsächlich genau das, was Sie



gerade gesagt haben. Wir hatten den Eindruck, dass viele Paare zunächst einmal völlig überfordert waren, dass sie jetzt plötzlich so viel Geld für eine Behandlung bezahlen müssen, die bis zwei Tage vorher noch kostenfrei war, und zudem „nur noch“ drei Behandlungszyklen statt wie bisher vier bezahlt werden sollten. Das hat dann eine Zeit gedauert, bis sich das in den Köpfen der Leute, die davon betroffen waren, tatsächlich widergespiegelt hat und sie gemerkt haben, dass sich das nicht ändern wird und der Kinderwunsch weiter da ist. Irgendwann müssen sie sich eben dieser Tatsache stellen, dass sie diese Behandlungskosten zu einem großen Teil mittragen müssen. Dass die Finanzierung einen positiven Effekt haben kann, das sieht man ganz klar. Das habe ich Ihnen auch in meinem schriftlichen Statement in Abbildung 5 und Abbildung 6 noch einmal gezeigt. Wir vom Deutschen IVF-Register haben verglichen, wie die Entwicklung der Geburten in den zusatzgeförderten Bundesländern im Vergleich zum Rest von Deutschland ist, in dem es keine Zusatzförderung gibt. Wir haben gesehen, dass wenn man alle diese Zahlen zusammennimmt, in den 6 Jahren Förderung in unterschiedlichen Ländern insgesamt 2.360 Kinder mehr geboren worden sind, zusätzlich zu denen, die durchschnittlich im Rahmen der künstlichen Befruchtung dort geboren worden wären. Das ist ein ganz klarer Effekt, dass durch eine Unterstützung der Finanzierung die Anzahl geborener Kinder deutlich gesteigert werden kann.

Zum dritten Punkt, Mehrlingsschwangerschaften. Diese sind für uns tatsächlich ein großes Problem. Wir als Reproduktionsmediziner, Frau Czeromin wird mir da beipflichten, auch wir vom Deutschen IVF-Register versuchen seit Jahren durch die Darstellung der Behandlungszahlen, der Statistiken auch unsere Kolleginnen und Kollegen davon zu überzeugen, dass wir den Paaren vermitteln müssen, dass es sinnvoller sei, sich einen oder höchstens zwei Embryonen zurückgeben zu lassen. Es ist in Deutschland sogar erlaubt, drei Embryonen zu transferieren. Ich sage meinen Patientinnen immer, dass ich in meinem Zentrum seit 8 Jahren nicht ein einziges Mal drei Embryonen transferiert habe. Und das können wir ganz klar nachweisen. Die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit wird dadurch nicht erhöht. Die Paare wollen aber natürlich schnell schwanger werden und

lassen sich dann häufig von uns nicht überzeugen, sie wollen also dann trotzdem zwei Embryonen. Mit zwei Embryonen ist die Wahrscheinlichkeit, dass im Rahmen dieses Transfers eine Zwillingschwangerschaft entsteht, ungefähr 25 Prozent, 22 Prozent der Geburten sind Zwillingsgeburten. Zwillinge sind aus meiner Sicht, wie gesagt, zwar ein Risikofaktor, aber noch tolerabel, was wir aber gar nicht möchten, sind Drillinge. Und jeder Embryo, den wir transferieren, kann sich wie bei eineiigen Zwillingen nochmal teilen. Die Wahrscheinlichkeit ist 1:85, das haben wir nicht in der Hand.

Wenn ich es mir aussuchen dürfte, sage ich jedem Paar, würde ich ihnen gerne einen Embryo transferieren. Wir können die anderen befruchteten Eizellen – übrigens, Herr Kollege, ich habe nicht von Embryonen gesprochen, sondern von befruchteten Eizellen, also Eizellen im Vorkernstadium, die ja auch nach dem Gesetz Eizellen sind –, also diese überzähligen befruchteten Eizellen einfrieren, und wenn sie dann nicht schwanger werden, dann lassen sie sich den nächsten Zyklus zurückgeben. Immer gerne nur einen, wie das in anderen Ländern, in Belgien z. B., auch gemacht wird. Die Gesamtzahl der geborenen Kinder lässt sich dadurch konstant halten, aber man kann das Mehrlingsrisiko komplett vermeiden – soweit man das medizinisch kann. Eineiige Zwillinge können Sie nie vermeiden, wie gesagt. Und das, glaube ich, lässt sich gegenüber den Paaren sehr gut oder sehr viel besser vertreten, wenn man denen sagen könnte, dass für sie zumindest keine zusätzlichen Kosten entstehen, wenn sie diese überzähligen Eizellen im Vorkernstadium einfrieren lassen.

Die **Vorsitzende**: Frau Suding, habe ich Sie richtig verstanden, Sie wollen Professor Wischmann noch einmal zu den Mehrlingsgeburten befragen oder haben Sie sich nur darauf bezogen? Letzteres ist der Fall. Dann Ihre nächste Frage, bitte.

Abg. **Katja Suding** (FDP): Ich würde gerne Frau Landgraf noch eine Frage zu ihrer beruflichen Praxis stellen. Wie sehr sind denn die Kosten tatsächlich ein Abwägungsgrund für die Paare, mit denen Sie zu tun haben?

**Inge Landgraf** (DONUM VITAE in Bayern e. V.,



Nürnberg): Die Kosten sind für viele Menschen schon ein schwieriges Thema. Allerdings ist es so, dass die Patientinnen von ärztlicher Seite in der Regel sehr gut aufgeklärt sind und dann im Vorfeld schon entscheiden, ob sie sich eine Kinderwunschbehandlung leisten können oder nicht. In einzelnen Fällen bekommen wir telefonische Anfragen, ob wir zusätzliche Mittel von der Schwangerenberatung zur Verfügung stellen können, um die Menschen finanziell zu unterstützen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Damit endet die Runde der FDP-Fraktion. Wir kommen zur Fraktion DIE LINKE. Katrin Werner, bitte.

Abg. **Katrin Werner** (DIE LINKE.): Vielen Dank Ihnen allen. Ich würde an Frau Czeromin eine Frage stellen, die bereits wiederholt gestellt wurde. Es geht noch einmal um die Anzahl der Versuche auch im Zusammenhang mit den Kosten. Es ist ja bei jedem Versuch immer wieder auch die Beratungsfrage: einerseits die Belastung überhaupt mit diesem Kinderwunsch, die auf den Personen, auf den Eltern liegt und diesen Schritt immer wieder zu gehen, und andererseits den zweiten, dritten Versuch und auch den vierten Versuch zu überlegen. Diese Extremlast und gleichzeitig die finanzielle Belastung, die ja schon sehr stark ist, erzeugen ja durchaus einen immensen Druck. Sie sprachen, glaube ich, auch von gleichem Zugang, von sozialer Gerechtigkeit. Wenn ich das über die Krankenkasse regeln, ist ja auch der Rechtsanspruch wieder gegeben. Deshalb die Frage: Ist das nicht dann auch wirklich der Punkt, wo wir sagen müssen, weg von der Förderlinie, die diesen ausschließt?

**Dr. med. Ute Czeromin** (Kinderwunschpraxis Gelsenkirchen): Genau, das wäre genau meine Vorstellung, letztendlich auch um Verwaltungsaufwand zu reduzieren. Es gäbe dann eine Stelle, an der die zur Verfügung stehenden Gelder verteilt werden. Es gäbe ein funktionierendes System, es gäbe keine Ausnahmeregelungen, die dann auch verwaltet, geprüft, verteilt werden müssten. Insofern halte ich das wirklich für das Sinnvollste. Letztendlich hat die Entscheidung von Paaren für Fortpflanzungsmedizin eigentlich wenig mit die-

sem fluffigen Begriff Kinderwunsch zu tun, sondern das sind in der Regel Paare, die es natürlich vorher zwei, drei Jahre versucht haben, im richtigen Leben schwanger zu werden. Dann gibt es erst eine diagnostische Schleife, um zu schauen, an welcher Stelle es ein medizinisches Problem gibt. Dann gibt es die Möglichkeit der Beratung, und letztendlich haben wir uns auf die Fahnen geschrieben, eine ergebnisoffene Beratung zu leisten, nämlich dass man sich für und gegen eine Kinderwunschtherapie entscheiden kann. Dann gibt es die Kostenfrage.

Und worauf Sie sich bezogen haben – wie ist diese Entscheidung vom ersten, zum zweiten, zum dritten Zyklus? –, da besteht immer wieder die Notwendigkeit des Umgangs mit Trauer. Dieser Umgang mit Trauer, der Umgang mit Verlust braucht Zeit. Und wenn Paare die Kraft schöpfen und sagen, „nein, wir versuchen das noch einmal“, dann ist es in den meisten Fällen eine gute Investition, weil am Ende ist mit einem weiteren Behandlungszyklus der Anteil der Paare, die mit der Geburt eines Kindes nach Hause gehen, größer. Wenn Paare die Entscheidung treffen, „wir machen das nicht mehr, das war unser Einsatz, wir wollen das nicht mehr“, dann können wir als Ärzte eigentlich auch immer sagen, „Sie haben auch ganz viel eingesetzt, Sie müssen sich nicht den Vorwurf machen, dass Sie es nicht versucht haben“. Manchmal haben sie einfach dann das Gefühl, „ok, es ist jetzt egal, dass die Eileiter zu sind, wir haben es probiert und jetzt können wir es auch akzeptieren“. Dann ist es auch ein gutes Ende, wenn sie sagen, „wir machen keine weiteren Anstrengungen mehr“. Dass das anstrengend ist, ist gar keine Frage.

Abg. **Katrin Werner** (DIE LINKE.): Es ist auch ein Stück weit eine Schwierigkeit, in diesem Themenbereich zu sagen, „wir haben jetzt dazu Studien, auf die man sich beziehen kann“. Insofern kam in den Vorgesprächen immer wieder durch, dass die finanzielle Ausstattung die Paare doch sehr stark beeinflusst, ob sie den Weg zu Ihnen finden. Haben Sie, Frau Dr. Czeromin, da Erfahrungswerte?

**Dr. med. Ute Czeromin** (Kinderwunschpraxis Gelsenkirchen): Also wir wissen natürlich nicht, wie



viele Paare nicht kommen. Es gibt schon einen Filter, nämlich den vorbehandelnden Frauenarzt. Wenn dieser überweist – wir sind ja immer nur Zuweiserpraxen –, dann kommen die Paare, wenn sie das wollen. Sie bekommen aber auch schon beim Frauenarzt die Information, dass Maßnahmen der künstlichen Befruchtung oder der aufwendigen Sterilitätstherapie eine große Eigenleistung erfordern. Es kann sein, dass sie gar nicht erst bei uns landen. Ich habe geschaut, wie viele Paare unter 25 wir behandeln. Das ist im Deutschen IVF-Register 1 Prozent aller Behandlungszyklen. Ich habe geschaut, wie häufig wir eigentlich Paare unter 25 zu einem Erstgespräch, zu einem Beratungsgespräch sehen. Das sind 5 Prozent. Das heißt, wenn diese alle zur Therapie kämen, wären es nicht mehr die 200 pro Jahr, die Sie auch im Jahrbuch des Deutschen IVF-Registers finden, sondern es wären 1.000 pro Jahr. Also, es ist kein riesiger Umfang, aber es sind eben doch die Paare, die einmal den Weg in eine reproduktionsmedizinische Praxis gefunden haben und von denen sich eben 80 Prozent letztendlich in erster Linie aus Kostengründen dagegen entscheiden müssen.

Abg. **Doris Achelwilm** (DIE LINKE.): Ich habe eine kurze Frage an Frau Landgraf. In welchem Ausmaß nehmen Paare oder Frauen assistierte Reproduktionstechnik in Anspruch, weil eine Adoption zu schwierig, zu umständlich, nicht erfolgreich war?

**Inge Landgraf** (DONUM VITAE in Bayern e. V., Nürnberg): Dazu kann ich leider sehr wenig sagen, weil wir solche Dinge statistisch nicht erfassen und solche Frauen und Paare nicht zu uns in die Beratungsstelle finden.

Die **Vorsitzende**: Damit kommen wir zur Frageunde der Fraktion BÜNDNIS 90 /DIE GRÜNEN. Katja Dörner oder Frau Kappert-Gonther? Genau, Frau Dr. Kappert-Gonther, bitte.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank an die Sachverständigen für Ihre Expertise. Ich habe zwei Fragen, die sich an Frau Professorin Graumann richten. Wenn die Zeit es erlaubt, bitte ich auch noch Frau Dr. Thorn, dieselben Fragen zu beantworten. Frau

Professorin Graumann, halten Sie es für ausreichend, die Bundesförderung zu reformieren oder wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, die Kinderwunschbehandlung wieder direkt im SGB V zu regeln, und wenn ja, warum?

Die zweite Frage: Wir Grünen finden, Kinder haben es da gut, wo sie geliebt werden. Gibt es aus Ihrer Sicht irgendwelche Erkenntnisse oder Belege dafür, dass Kinder es in heterosexuellen Ehen besser haben als in gleichgeschlechtlichen oder nichtehelichen Partnerschaften? Und wenn es dafür keine Belege gibt, halten Sie es für noch zeitgemäß, die Zuschüsse allein auf heterosexuelle Ehen zu beschränken?

**Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann** (Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum): Ich habe das vorher schon angedeutet. Ich halte von der Bundesförderung nicht wahnsinnig viel und auch von der Landesförderung halte ich nicht viel. Und zwar schlicht, wenn es um Kinderwunschbehandlung geht, dann geht es um eine medizinische Behandlung und nicht um eine bevölkerungs- oder familienpolitisch motivierte Geschichte. Ich denke, Familienpolitik sollte Eltern – und zwar egal welchen Eltern, heterosexuellen und homosexuellen Eltern – die Bedingungen so gestalten helfen, dass man seine Kinder verantwortungsvoll und gut und liebevoll erziehen kann. Ich denke, die Kinderwunschbehandlung gehört da in einen anderen Bereich. Insofern sehe ich sie im SGB V. Die damalige Begrenzung der Kinderwunschbehandlung war eine Kostendämpfungsmaßnahme, weil der Politik nicht viel eingefallen ist, in welchen Bereichen Kostendämpfungen vertretbar sind. Und sie sind eben an den Stellen tatsächlich vertretbar, wo es sich nicht strikt um Krankheit handelt. Und da möchte ich auch noch einmal ganz vehement widersprechen. Ein unerfüllter Kinderwunsch als solcher ist keine Krankheit. Es kann eine Krankheit zugrunde liegen, es kann ein medizinisches Problem zugrunde liegen und die psychische Belastung durch einen nicht erfüllten Kinderwunsch kann auch eine medizinische Qualität im Sinne von psychologischem Unterstützungsbedarf bedeuten, aber nicht die Kinderwunschbehandlung als solche. Und das war damals auch die Grundlage.



Ich gehe davon aus, und das sagen auch alle Studien, dass dort, wo Kinder geliebt werden und wo Eltern verantwortungsvoll mit den Kindern umgehen und wo auch die materiellen und sozialen Ressourcen da sind, Kinder gut aufwachsen können – unabhängig davon, ob die Eltern verheiratet sind, ob sie nicht verheiratet sind, ob sie heterosexuell oder ob sie homosexuell zusammenleben.

Auch bei alleinstehenden Frauen, wenn sie ein wirklich gutes soziales Umfeld haben, sehe ich kein Problem. Das hat aber meiner Ansicht nach relativ wenig mit dem Zugang zu fortpflanzungsmedizinischen Maßnahmen zu tun. Alleinstehende Frauen organisieren sich, wenn sie Kinder haben wollen. Sie organisieren sich in aller Regel auf nicht medizinischem Weg. Dasselbe gilt für schwule und lesbische Paare. Also in meinem Bekanntenkreis gibt es mehrere Patchwork-Familien, wo sich schwule und lesbische Paare ganz bewusst dafür entschieden haben, gemeinsam Kinder in die Welt zu setzen und für diese zu sorgen. Dafür brauchen sie aber keine Medizin.

**Dr. Petra Thorn** (Praxis für psychosoziale Kinderwunschberatung, Paar- und Familientherapie, Mörfelden): Zur zweiten Frage der Abgeordneten Dr. Kappert-Gonther mache ich einen kurzen Exkurs nach England. In England ist die Finanzierung vom „postcode“, von der Postleitzahl, abhängig. Das sorgt in England seit Jahrzehnten für hohe Frustration und das sollten wir in Deutschland auf jeden Fall vermeiden. Also wenn, dann sollten wir wirklich eine einheitliche Finanzierung sicherstellen – egal, ob aus Krankenkassenmitteln oder aus Bundesförderungsmitteln, aber auf keinen Fall aus Landesmitteln, weil Landesmittel einfach unterschiedlich sein können und das wird der Thematik nicht gerecht.

Zum anderen Punkt: Wie geht es den Kindern? Wir haben zahlreiche Studien, wir haben sehr viele Studien aus dem Ausland, wir haben auch einige Studien aus dem Inland. Wir wissen, dass es Kindern nach Reproduktionsmedizin gut geht. Das gilt – wie ich vorhin schon gesagt habe – unabhängig von der Zusammensetzung der Familie. Insofern wäre das auch kein Ausschließungsgrund für bestimmte Gruppen. Aber ich glaube, es ist

wirklich wichtig, dass wir noch einmal gute Mittel überlegen, es einheitlich zu finanzieren. Möglicherweise sollten wir auch die Finanzierungsmotivation jenseits vom Krankheitswert diskutieren. Also der Begriff Krankheit steht immer wieder im Raum, wenn es um Kinderwunsch geht. Die WHO hat eine eindeutige Definition. Wie das von einzelnen Ländern umgesetzt wird, ist wirklich noch unterschiedlich. Vielleicht sollten wir uns jenseits dieses Krankheitsbegriffes für eine gute Finanzierung aussprechen.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Nachfrage an Frau Professorin Graumann. Es kann ja sein, dass eine Frau, die in einer lesbischen Beziehung lebt oder eben alleine ist, auch nicht fertil ist. Wie würden Sie das dann beurteilen?

**Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann** (Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum): Dann würde ich die Nichtzulassung zur Behandlung auch tatsächlich für diskriminierend halten. Da mache ich keinen Unterschied. Als ich gesagt habe, es bestehe kein Anspruch auf medizinische Behandlung, hatte ich vor allem die Samenspende und die Eizellspende vor Augen, die einfach andere Probleme mit sich bringen und bei denen man auch das Kindeswohl und die Drittbetroffenheit von Spendern – und hier eben vor allem der Frauen – mit im Blick haben muss.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, damit kommen wir zum zweiten Teil des Frage- und Antwortkontingents der CDU/CSU-Fraktion mit 10 Minuten. Herr Weinberg, Sie haben das Wort.

Abg. **Marcus Weinberg** (Hamburg) (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde hier bei unserem zweiten Teil gerne mit einer Fragestellung mit Blick auf nicht erfolgreiche Kinderwunschbehandlungen beginnen. Die Fragen gehen an Herrn Dr. Krieg. Zum einen, wie geht es denjenigen, deren Kinderwunsch nicht erfüllt wird? Also welche psychosozialen Beratungsangebote gibt es hier, und wie klären Sie die Betroffenen darüber auf, dass dieses Risiko, dass die Kinderwunschbehandlung womöglich nicht erfolgreich ist, besteht?



**Dr. med. Jürgen Krieg** (Kinderwunschzentrum Amberg): Ich denke, für die Paare ist es frustrierend. Wir versuchen im Vorfeld darauf hinzuweisen, dass die Zahlen es nicht zulassen, davon auszugehen, dass, wenn man sich entschließt, in eine künstliche Befruchtung zu gehen, sofort ein hundertprozentiger Erfolg daraus „entspringt“. Man muss aber zugeben, dass unsere Zeit im normalen medizinischen Gespräch durchaus zu begrenzt ist, um wirklich eine ausführliche Hilfe zu geben. Deshalb ist die psychosomatische oder psychosoziale Beratung eigentlich unumgänglich. Die Patienten würden sicherlich davon profitieren, aber viele sehen die Notwendigkeit nicht ein. Sie haben eine große Hemmschwelle, sich in eine solche Beratung zu begeben, weil sie sich ja gesund fühlen. Und sie fühlen sich gleich stigmatisiert, wenn man ihnen das vorschlägt. Sie reagieren teilweise wirklich abweisend darauf. Aber eine wirkliche Trauerarbeit im Praxisalltag während der normalen Sprechstunde zu leisten, ist meiner Meinung nach nicht machbar, außer man hat einen extrem hohen Anteil an Privatpatienten. Im normalen Alltag geht das nicht: Deshalb wäre meine Forderung, dass man die Beratung, wenn man eine Förderung möchte, auch verpflichtend macht. Das heißt, es ist dann wie eine Pflichtberatung. Die Betroffenen müssen sich dort einmal vorstellen und sie müssen sich mit diesen psychosozialen Themen auseinandersetzen. Ich glaube, dass das allen zugutekäme.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich würde gerne Frau Professorin Graumann um Beantwortung meiner Frage bitten. Sie haben mehrfach vom Kindeswohl gesprochen. Ich bitte Sie, uns das noch einmal plastisch vor Augen zu führen, an welchen Kriterien das Kindeswohl festzumachen ist. Wir haben alle gesagt, wir wollen, dass Kinder um ihrer selbst willen geliebt werden. Das Schlimme, was ja auch passieren kann, ist, dass man sich selbst als Mittel zum Zweck seiner Eltern erlebt.

Dann würde ich mich gerne bei Herrn Dr. Krieg erkundigen, wie er die Unterscheidung trifft, ob die Eltern dem Kindeswohl den Vorrang geben, und wann er sagt, das mache ich nicht.

**Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann** (Evangelische

Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum): Zur Frage nach dem Kindeswohl. Also ich denke, der allererste und wirklich wichtige Punkt sind die Mehrlingsschwangerschaften, die vorher schon angesprochen worden sind. Eine Kinderwunschbehandlung ist auch für die Kinder nicht unproblematisch. Auch bei Zwillingschwangerschaften haben wir eine stark erhöhte Frühgeburtlichkeit und damit auch medizinische Risiken.

Dann ist es so, dass wir es hier – ich meine, Herr Bauer hat es vorher schon gesagt – auch mit einem Geschäft zu tun haben. Also wenn Sie sich einmal die Werbeseiten von Fortpflanzungsmedizinischen Praxen aus Deutschland, aber vor allem auch international angucken, dann wird Ihnen das „Produkt Kind“ präsentiert. Da strahlen Ihnen überall kleine Babys entgegen, die wunderschön lächeln. Und damit wird natürlich eine Anspruchshaltung geweckt – eine Anspruchshaltung, die auch mit Erwartungen gegenüber einem Kind zu tun hat. Das sind alles Fragen des guten Lebens – das möchte ich noch einmal betonen –, die wir aber als Gesellschaft auch beantworten müssen. Muss das Kind unbedingt zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Karriere machbar sein? Und das suggerieren wir sehr viel, was dann vielen Paaren unter Umständen auf die Füße fällt, weil der Kinderwunsch zu lange aufgeschoben wird. Und so weiter.

Ich glaube schon, dass wir es hier mit einer Problematik zu tun haben, die man im Blick haben muss. Also es geht nicht immer nur um das schwere Leiden einer unerfüllten Kinderlosigkeit, sondern es geht auch um soziale und kulturelle Normen in unserer Gesellschaft, die sich aufgrund der Angebote, die wir den Eltern machen, verändern. Das sind keine harten Argumente, etwas zu verbieten, das muss ich auch klar sagen. Aber das sind Fragen der Gestaltung, auf die Sie politisch Einfluss haben.

**Dr. med. Jürgen Krieg** (Kinderwunschzentrum Amberg): Mit Patienten umzugehen und herauszufiltern, wann ein Kinderwunsch pathologisch wird und wann er noch angemessen ist, ist wirklich sehr schwierig. Ich denke, wenn man mit Patienten nicht mehr über die Ursachen und die



Möglichkeit einer Beendigung der Therapie sprechen kann, dann wird es pathologisch. Es ist dann wirklich schwer, mit diesen Patienten umzugehen, die immer wieder neue Versuche und noch einmal neue Versuche fordern. Wenn man dann erlebt, dass sich auch der Partner immer weiter zurückzieht, dann muss man irgendwann einfach die „Notbremse ziehen“ und sagen, „ich behandle Sie nicht weiter“. Das versuchen wir tatsächlich auch zu machen.

Man muss dann versuchen, sie einer psychologischen, ja fast schon psychiatrischen Behandlung zuzuführen, denn das ist dann wirklich nicht mehr das, was wir als normalen Kinderwunsch oder als Sehnsucht nach einem Kind im normalen gesellschaftlichen Umfang ansehen. Dann sind wir, denke ich, schon verpflichtet zu sagen, „jetzt geht es nicht mehr weiter“. Aber das ist extrem hart. Versuchen Sie einmal, jemanden, der akut etwas braucht, mit dem Hinweis zu einem Psychologen zu schicken, er erhalte in sechs oder in acht Wochen einen Termin. Die Beratungsstellen sind in diesem Fall sicherlich eine ganz große Hilfe. Wir schicken unsere Patienten in diesem Fall zu unserer Beratungsstelle DONUM VITAE. Wir rufen dort vorher an und erörtern den Fall. Ich denke, das ist auch der richtige Weg. Aber von dort muss es dann meistens noch einmal zu einer höheren Profession gehen, das ist wirklich schwer zu vermitteln. Es ist aber auch schwer, einen Termin zu bekommen.

Abg. **Sylvia Pantel** (CDU/CSU): Als Erstes wundere ich mich, dass man hier von einem dramatischen Rückgang der absoluten Zahlen bei der Reproduktionsmedizin spricht, denn wir haben ja in unseren Unterlagen stehen, dass es im Jahr 2003 insgesamt 107.675 Fälle gab und dass es 2016 insgesamt 103.981 Fälle waren. Dabei ist der demografische Faktor noch gar nicht berücksichtigt. Ich würde hier nicht von einem Rückgang reden. Wie empfinden Sie das, Herr Dr. Krieg?

Das Nächste, das ich in den Unterlagen gesehen habe, ist, dass ja auch bei einer beendeten Schwangerschaft ab 40 bis 45 Jahre die Wahrscheinlichkeit auf 40 Prozent heruntergeht. Das heißt, 60 Prozent kommen nicht zum Erfolg. Herr

Dr. Krieg, wie empfinden Sie denn die Zahlen oder das Alter? Vor dem Alter von 25 Jahren kann man häufiger Versuche machen, ohne dass man psychische Belastungen bekommt. Und ab 40, 45 ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Schwangerschaft erfolgreich beendet wird, sehr gering. Wie empfinden Sie die Zahlen oder was sagen Sie zum Alter, das festgelegt ist? Ich glaube nicht, dass das Alter willkürlich festgelegt ist.

**Dr. med. Jürgen Krieg** (Kinderwunschzentrum Amberg): Ich würde mich erst einmal auf das Alter beschränken. Für mich ist die Altersgrenze von 25 Jahren, bis zu der es keine Kinderwunschbehandlung geben darf, definitiv nicht nachvollziehbar. Denn es gibt schon Gründe dafür, wenn etwa eine Patientin verschlossene Eileiter hat und deshalb nicht schwanger wird. Warum soll eine Frau im Alter von 23 Jahren warten, bis sie 25 ist? Das ist nicht einzusehen. Wenn man argumentiert, man würde unter Umständen zu früh reproduktionsmedizinische Maßnahmen bei nicht gekläarter Ursache der Sterilität anwenden, dann wäre ich vielleicht noch bei Ihnen. Aber wenn klare medizinische Gründe dafür sprechen, dann ist diese Regelung nicht richtig. Und nur für diesen Fall würde ich auch sagen, dass es nicht sein kann, dass wir diese starre Regelung haben.

Bei über 40-Jährigen sehe ich sehr wohl, dass man etwas machen kann und dass es auch sinnvoll ist. Ich meine, man muss die Patienten aufklären. Das machen wir sehr intensiv, ich lege Ihnen die Statistik für Trisomie 21 vor. Ich frage Sie auch, was würden Sie denn tun, wenn Sie tatsächlich die Diagnose Trisomie 21 bekommen? Ich versuche, Sie zu sensibilisieren. Das läuft dann nicht so zwischen „try and error“, nach dem Motto, „ja, ich kriege es, dann lasse ich es testen, dann mache ich es weg, dann probiere ich es noch einmal“. Das kann es nicht sein, das entspricht nicht meiner ethischen Grundeinstellung. Ich denke, es gehört dann auch eine gewisse Annahme des Kindes dazu, wenn ich mich im hohen oder höheren reproduktionsmedizinischen Alter dazu entschließe. Wir sagen, man muss auch in diesem Fall beachten, dass man die Patienten nicht zu sehr belastet. Wir machen dann zum Beispiel nicht hormonell stimulierte Zyklen, lassen die natürlichen Eizellen heranwachsen, entnehmen sie



bei 42-Jährigen oder 43-Jährigen. Das sind natürlich gewachsene und befruchtete Eizellen. Es ist eine Eizelle, die befruchtet wird. Dann kann man abschätzen und sagen, „diese Eizelle ist definitiv nicht mehr zu befruchten, es ist unsinnig, Sie weiter zu belasten, versuchen Sie Plan B“.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Ich muss sagen, Sie sind alle sehr vorbildlich, was die Einhaltung der Zeitkontingente betrifft. Wir kommen jetzt noch zur zweiten Frage- und Antwortrunde der SPD-Fraktion. Frau Yüksel hat das Wort, bitte schön.

Abg. **Gülistan Yüksel** (SPD): Vielen Dank. Sie sind ja alle schon auf das Alter eingegangen. Ich habe in Ihren Statements gelesen, dass die Altersgrenze unter 25 von vielen befürwortet wird. Ich habe eine Frage an Herrn Wischmann, weil Sie, glaube ich, einer von denen sind, die geschrieben haben, dass die Risiken bei der Schwangerschaft ab dem 40. Lebensjahr steigen. Bei Frau Dr. Czeromin habe ich gelesen, dass man auch Ausnahmemöglichkeiten bis 45 zulassen sollte. Ich würde gerne erfahren, ob Sie zustimmen könnten, bei Frauen zwischen 40 und 45 Jahren eine Ausnahme zuzulassen.

Ich habe eine zweite Frage an Sie, Herr Wischmann. Kinderwunschbehandlung ist ja so eine Sache. Deswegen würde ich gerne von Ihnen wissen, wie viele Paare und Singles schätzungsweise Kinderwunschbehandlungen im Ausland vornehmen und warum Sie das tun. Denn das ist ganz wichtig. Und welche Behandlungsmethoden – Leihmutter, Eizellspende und so weiter – werden schätzungsweise wie oft in Anspruch genommen? Dann ist auch noch ganz wichtig, wie die rechtliche Situation ist, wenn die Kinder nach der Geburt nach Deutschland überführt werden sollen oder hierherkommen.

**Prof. Dr. sc. hum. Tewes Wischmann** (Universitätsklinikum Heidelberg): Zur ersten Frage möchte ich mich kurz halten, weil ich in dem schriftlichen Statement einfach die medizinischen Daten zusammengefasst habe, auf die ich als Nichtmediziner nicht detailliert eingehen möchte. Es ist einfach so, dass die Risiken ansteigen und dass die

Patientin und auch ihr Partner darüber aufgeklärt werden müssen. Inwieweit man daraus jetzt eine feste Altersgrenze nach oben herleiten möchte oder kann oder muss, kann ich letztendlich nicht befriedigend beantworten. Aber die Risiken sind vorhanden, und diese zu ignorieren, finde ich eher schwierig.

Zur Frage des sogenannten reproduktiven Reisens. Es gibt Schätzungen und es gibt eine veraltete Studie der europäischen Dachorganisation aus dem Jahr 2010 mit Fragebogen in verschiedenen Zentren. Darin wird hochgerechnet, wie viele Paare wahrscheinlich aus Deutschland in angrenzende Länder fahren, um sich behandeln zu lassen. Man kommt geschätzt auf 1.500, 2.000 Paare, aber das sind wirklich keine belastbaren Daten und neue Studien liegen nicht vor. Bei Leihmutter ist mir nur eine Studie bekannt, in der auch wieder auf Paare hochgerechnet wird, die aus Deutschland kommen, die sich zumindest danach erkundigt haben, eine Leihmutter in Anspruch zu nehmen. Die Verfasser der Studie sind auf 100 Fälle pro Jahr gekommen. Also wir wissen es nicht, wie viele Paare diese sogenannten reproduktiven Reisen tatsächlich machen, da gibt es noch Forschungsbedarf. Aus der Beratung wissen wir, dass die Anzahl der beratenen Paare, die mit Eizellspende ins Ausland gehen, in den letzten zehn Jahren dramatisch angewachsen ist. Obwohl ich an einer Universitätsklinikum arbeite, wo keine Samenspende gemacht wird, sehe ich relativ viele Paare vor einer Eizellspende, zum Teil auch nach einer Eizellspende in den benachbarten Ländern. Das geschieht in erster Linie, weil man über eigene Eizellen nicht schwanger werden kann, also weil die Paare auf das Verfahren angewiesen sind und dieses hier aus rechtlichen Gründen nicht angeboten wird.

Der letzte Punkt ist die Leihmutter. Es gibt ein Präzedenz-Urteil des Bundesgerichtshofs aus dem Jahre 2014. Darin wurde einem schwulen Paar, das in Kalifornien über Leihmutter zu einem Kind gekommen war, die Elternschaft in Deutschland zugesprochen, weil dieser Sachverhalt – der eine Mann war der Samenspender und damit der genetische Vater – auch nach deutschem Recht eine Vaterschaft begründet hätte. Das ist bisher das einzige Urteil, das mir bekannt ist,



in dem Leihmutterchaft tatsächlich anerkannt worden ist. In den anderen Fällen, die mir einfachen, zum Beispiel von Paaren, die in Indien über Leihmutterchaft zu einem Kind gekommen sind, konnten diese das Kind in Deutschland über Regelungen im Sinne des Kindeswohls adoptieren und so die Elternschaft erlangen. Ansonsten gibt es wie gesagt wenig Beratungserfahrung dazu. Aber zur Eizellspende muss man ganz klar sagen, sie nimmt zu.

Abg. **Gülistan Yüksel** (SPD): Ich möchte gerne Frau Dr. Czeromin fragen. Sie haben ja geschrieben, Ausnahmemöglichkeiten sollten auch über 40 Jahre hinaus möglich sein. Vielleicht können Sie dazu noch einmal etwas sagen, denn es wird ja von vielen nicht sehr positiv gesehen.

Eine zweite Frage würde ich gerne anschließen. Wie beurteilen Sie eigentlich die Folgekosten von künstlicher Befruchtung durch die höhere Rate an Mehrlingsgeburten? Das ist immer wieder vorgebracht worden, aber vielleicht können Sie darauf noch einmal eingehen.

**Dr. med. Ute Czeromin** (Kinderwunschpraxis Gelsenkirchen): Die starre Grenze von 40 halte ich wirklich für medizinisch nicht sinnvoll. Es gibt sicherlich die Möglichkeit, es so zu sehen wie der Bundesgerichtshof das für die privaten Krankenkassen entschieden hat, nämlich dass die Chance auf einen Schwangerschaftseintritt mindestens 15 Prozent sein müsste, um eine gewisse Aussicht auf Erfolg zu haben. Und es gibt eben manchmal Frauen mit 40 oder mit 42 Jahren, die eine sehr sehr große Eizellreserve haben. Diese Frauen haben wirklich die Chance, viele reife, befruchtungsfähige Eizellen wachsen zu lassen. Eine Behandlung ist bei diesen von der fortpflanzungsmedizinischen Seite her nicht aussichtslos. Deswegen ist so ein starres Muster nicht richtig. Also ich finde eine Regelleistung bis zum 40. Geburtstag in Ordnung, darüber hinaus sollte eine Kostenerstattung wirklich nur mit Ausnahmegenehmigung erfolgen. Wenn wir jetzt Paare beraten, bei denen die Frauen 42, 43 oder 44 Jahre alt sind, zeigen wir ihnen die Daten aus dem deutschen IVF-Register und sagen, „das ist die Schwangerschaftsrate pro

Embryotransfer, hier sehen Sie die Fehlgeburtsrate, hier die Geburtenrate; überlegen Sie sich, ob das wirklich noch ein gutes Angebot ist“.

Die **Vorsitzende**: Die Fortsetzung der Beantwortung machen wir in der freien Fragerunde, mit der wir jetzt beginnen. Hier würde ich Frau Dr. Czeromin gleich bitten, die zweite Frage zu beantworten, die noch offen war. Hier ging es um die Mehrkosten für das Gesundheitssystem durch die höhere Anzahl an Mehrlingsschwangerschaften.

**Dr. med. Ute Czeromin** (Kinderwunschpraxis Gelsenkirchen): Wenn man wirklich nur eine Dauer von sechs Wochen Intensivstation pro Kind rechnet, kommt man bei der Anzahl an Zwillingen, die in Deutschland vor der 35. Schwangerschaftswoche geboren werden, auf Kosten von ungefähr 8 Mio. Euro. Damit wären die 9 Mio. Euro, die der Bund zur Förderung zur Verfügung stellt, schon annähernd verbraucht. Das macht uns Ärzten schon etwas aus. Natürlich geht es uns dabei nicht um die Kosten, sondern darum, dass das auch ein Stück weit schlechte Medizin ist. Das, was wir wollen, sind intakte Einlingsschwangerschaften. Und da haben wir durch das rigide Embryonenschutzgesetz eben nicht die Möglichkeit eines Transfers eines einzelnen Embryos mit Auswahlmöglichkeit. Es gibt Methoden, mit denen man feststellen kann, welche der befruchteten Eizellen das höchste Entwicklungspotenzial haben. Dann könnte man einen Embryo einsetzen und die anderen einfrieren.

Frau Thorn sitzt mit im Deutschen Ethikrat und hat sich auch schon Gedanken über einen elektiven Single-Embryo-Transfer gemacht. Mit einem solchen Transfer könnte man Schwangerschaftsraten hoch und Mehrlingsgeburten niedrig halten. In dem Punkt fehlt uns wirklich die Hilfe des Gesetzgebers. Was zurzeit funktioniert ist, dass das Gesetz so ein wenig von unten aufgeweicht wird. Was ich verstanden habe ist, es gibt kein Recht, sondern es kommt darauf an, wer es auslegt. Das bedeutet, wir können in einem gewissen Umfang Single-Embryo-Transfers machen, aber wir haben den Nachteil, dabei nicht auswählen zu dürfen. Das ist etwas, was in einem Fortpflanzungsmedizinengesetz seit Jahren gefordert wird. An diesem



Entwurf wird gearbeitet. Da brauchen wir, die verantwortlich tätigen Ärzte, schon den Rückhalt des Gesetzgebers.

Die **Vorsitzende**: Damit sind wir in der Freien Runde. Das Wort hat Frau Werner.

Abg. **Katrin Werner** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Nachfrage an Herrn Dr. Krieg. Da geht es um die Trauerbewältigung, also die Frage, wie es den Eltern danach geht. Da sagten Sie, Herr Dr. Krieg, das sei in der Sprechstunde gar nicht machbar. Was würde das konkret bedeuten? Das sind ja Familien, die dann vielleicht ein Kind adoptieren wollen. Was ist in einem solchen Fall an Beratung erforderlich und was fordern Sie insoweit vom Gesetzgeber?

**Dr. med. Jürgen Krieg** (Kinderwunschzentrum Amberg): Ich würde mir vom Gesetzgeber wünschen, dass er die psychosoziale Beratung fest schreibt. Das heißt, ich hätte dann einen Trauma- oder Familientherapeuten, denn es handelt sich um ein Trauma. Diese könnten dann unterstützen, wenn ich mit Patienten zunächst die medizinische Situation bespreche. Dabei könnte ich auch kurz auf die psychische Komponente eingehen und dann an die Therapeuten übergeben, wobei ich noch die ersten zehn Minuten dabeibleiben könnte, um einen wirklichen Übergang zu schaffen. Das wäre für mich die Idealvorstellung. Für eine bestimmte Zeit jemanden anstellen zu können, der aber auch finanziert wird. Schließlich kann man den Abschied von einem Lebensplan nicht mit fünf, sechs Worten abhandeln, sozusagen mit dem Hinweis „Jetzt gehen Sie raus und kaufen sich einen Hund“. So kann man keine Traumatisierung abtun.

Wahrscheinlich wäre es in einem solchen Fall so, dass die Patienten gehen und sich woanders hinwenden. Das kann aber nicht der Sinn sein. Erforderlich ist eine ernsthafte Auseinandersetzung mit dem Thema.

Das kann ich allerdings nicht leisten, da muss ich ehrlich mit mir selbst sein. Da brauche ich Unterstützung von Menschen, die das wirklich leisten

können. Deshalb brauche ich Beraterinnen und Berater, die mit einer solchen Fragestellung umgehen können.

Abg. **Doris Achelwilm** (DIE LINKE.): Ich möchte noch einmal auf den Faktor veränderte Familienbilder und Regenbogenfamilien zu sprechen kommen. Dazu hatte Frau Thorn ja schon Ausführungen gemacht, die dann teilweise ergänzt worden sind. Da ist von mangelhafter Kostenübernahme die Rede, die sich nach wie vor am klassischen Familienbild orientiert, obwohl wir schon auf dem Weg sind, entsprechende Ungleichheiten abzubauen. Welche Regelungserfordernisse sehen Sie noch im Hinblick auf das Spektrum vielfältiger Konstellationen von Familien? Was müsste im Bereich der Kinderwunschbehandlung bzw. der assistierten Reproduktionstechnik gesetzgeberisch noch verändert werden? Vielleicht können Sie dazu noch ein paar Schlagworte aus Ihrer Sicht nennen.

**Dr. Petra Thorn** (Praxis für psychosoziale Kinderwunschberatung, Paar- und Familientherapie, Mörfelden): Ich glaube es ist wirklich wichtig, dass wir als Gesellschaft eine Entscheidung treffen, wie Kinderwunschbehandlung finanziert werden soll. Sollen wir uns dabei am Krankheitsbegriff orientieren oder aber grundsätzlich sagen, Paare mit Kinderwunsch haben einen legitimen Grund und wir wollen diesen Kinderwunsch fördern, weil es sich bei der ganz überwiegenden Anzahl nicht um pathologische Kinderwünsche handelt, sondern um einen ganz legitimen und nachvollziehbaren Wunsch nach einem Kind und es in ganz vielen Fällen auch biologische Ursachen und Gründe dafür gibt, dass dieser Wunsch bisher nicht erfüllt werden konnte? Das ist bei gleichgeschlechtlichen Paaren und alleinstehenden Frauen natürlich anders. In solchen Fällen müssen wir als Gesellschaft überlegen, wie wir Strukturen finden, damit fair umzugehen. Aus der Wissenschaft wissen wir, dass es Kindern in solchen Fällen genauso gut geht. Gerade bei lesbischen Familien wissen wir, dass die Aufklärungsrate dort enorm hoch ist. Das ist wichtig, weil wir vorhin schon gehört haben, dass es für Kinder nach Samenspenden besonders wichtig ist, aufgeklärt zu werden und zu erfahren, von wem sie abstammen.



In diesem Punkt haben lesbische Paare eine deutliche Vorreiterposition. Die Rate der aufgeklärten Kinder in lesbischen Familien ist deutlich höher als in heterosexuellen Familien. Das liegt unter anderem auch daran, dass sie mit ihrer Familienform nach außen sehr viel sichtbarer sind. Trotzdem gehen sie dieses Thema sehr frühzeitig an. Das weiß ich aus der Beratung. Das ist in der Beratung von lesbischen Paaren und alleinstehenden Frauen immer wieder ein ganz zentraler Punkt. Kindern geht es in solchen Familien also auf keinen Fall schlechter. Deshalb plädiere ich wirklich dafür, einen Kinderwunsch jenseits eines Krankheitswertes und jenseits von Familienstrukturen zu sehen.

**Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, meine Frage richtet sich auf das Phänomen des „Social Freezing“. Dazu ist vorhin schon kurz gesagt worden, dass es einen Effekt auf Familien und sozialpolitische Entwicklungen haben kann. Von Frau Dr. Thorn und Herrn Professor Wischmann würde ich gerne hören, wie sie das einschätzen, welche Effekte „Social Freezing“ gesellschaftlich haben kann und wie man aus ihrer Sicht damit umgehen sollte.

**Dr. Petra Thorn** (Praxis für psychosoziale Kinderwunschberatung, Paar- und Familientherapie, Mörfelden): Bei mir in der Beratung ist das Thema „Social Freezing“ ein Randthema, das muss ich ganz klar sagen. Es kommt immer mal wieder vor, dass gerade ältere Frauen darüber nachdenken. Im Moment ist es so, dass diejenigen Frauen, die darüber tatsächlich nachdenken und das angehen wollen, ein Alter haben, in dem es medizinisch wahrscheinlich nicht mehr sinnvoll ist.

Die Frauen, die jünger sind, brauchen in der Regel kein „Social Freezing“ oder haben auch nicht immer die finanziellen Ressourcen dafür. Grundsätzlich würde ich mich dafür aussprechen, die Kosten für ein „Freezing“ oder eine Kryokonservierung zu übernehmen, wenn es einen krankheitsrelevanten Faktor dafür gibt. Das hatten wir vorhin auch schon diskutiert.

Bei allen anderen Maßnahmen sollten wir eigentlich als Gesellschaft dringend dafür Sorge tragen,

dass Familien, dass Paare in einem angemessenen Alter ihren Kinderwunsch auch umsetzen können. Wenn wir über das Phänomen „Social Freezing“ diskutieren, müssten wir mindestens parallel genauso intensiv über familienpolitische Maßnahmen nachdenken und sie auch umsetzen, damit Paare oder Frauen ein „Social Freezing“ eigentlich gar nicht benötigen.

In einigen individuellen Situationen mag „Social Freezing“ eine Lösung sein. Ungeachtet dessen sollten wir gesamtgesellschaftliche Prozesse im Auge behalten und nicht nur auf medizinische Lösungen schauen, sondern auch familienpolitische Maßnahmen ergreifen, sodass „Social Freezing“ gar nicht erforderlich ist. Wir müssen „Social Freezing“ so klein wie möglich halten, das wäre mein Ziel.

**Prof. Dr. sc. hum. Tewes Wischmann** (Universitätsklinikum Heidelberg): Ich kann das vorher Gesagte nur unterstützen. Tatsächlich ist es so, dass in Deutschland und auch in anderen Ländern, in denen dokumentiert ist, ab welchem Alter Frauen „Social Freezing“ nutzen, das Durchschnittsalter bei 37 Jahren liegt. Das ist aus biologischer Sicht ungefähr zehn Jahre zu spät. Natürlich kann man dagegen einwenden, dass damit propagiert werde, es früher zu machen. Ich finde das eher schwierig, weil „Social Freezing“ ein sehr teures Verfahren ist, noch teurer als die künstliche Befruchtung, weil Frauen sehr viele Eizellen abgeben müssen, dazu hochstimuliert werden müssen und die medizinischen Risiken dadurch höher sind als bei einer konventionellen assistierten Reproduktion.

Zwar gibt es keine Studien dazu, aber anekdotisch ist bekannt, dass viele Frauen, die „Social Freezing“ genutzt haben, doch noch von ihrem Partner schwanger geworden sind. Was geschieht dann mit den ganzen eingefrorenen Eizellen? Die Frage ist komplett offen.

**Abg. Katja Suding** (FDP): Ich würde gerne noch einmal auf die Auswirkungen der Förderung von Alleinstehenden kommen. Herr Dr. Krieg, Sie haben gesagt, dass für Sie Kinder nicht in nichteheliche Beziehungen gehören, weil das nicht das richtige Umfeld sei. Das wollen Sie deshalb auch



nicht fördern. Sie haben das, da zitiere ich Sie jetzt, mit einem von Ihnen festgestellten „Drang zur Beliebigkeit“ begründet. Meine Frage dazu lautet: Gibt es da objektive Maßstäbe? Aus meiner Sicht kann man bei einem Paar, das die Belastung einer künstlichen Befruchtung mit all ihren medizinischen, psychischen und finanziellen Implikationen auf sich nimmt, nicht von einem „Drang zur Beliebigkeit“ sprechen. Woran machen Sie dann Ihre Einschätzung fest?

**Dr. med. Jürgen Krieg** (Kinderwunschzentrum Amberg): Ich habe in meinem Statement auch geschrieben, dass ich dagegen wäre, wenn man es so anbieten würde. Also es ist nicht so, dass ich Paaren das Recht absprechen wollte, Kinder zu haben, ganz und gar nicht! Ich sehe nur eines: Wenn ich eine gesellschaftliche Norm habe und wir uns in einem gesellschaftlichen Kontext bewegen, in dem die Grundlage einer Zusage zueinander nun einmal noch gegeben ist und ich nicht sehe, dass das über den Haufen geworfen ist, dann halte ich eine staatliche Förderung, die die Familie fördern will, für gerechtfertigt, wenn sie denen zugutekommt, die diesen Schritt gehen, sonst gäbe es eine Beliebigkeit.

Ich sitze oft vor Paaren, denen ich sage: „Naja, wenn Sie verheiratet wären, würden Sie die Förderung und die Kassenkosten bekommen“. Dann wird erwidert: „Oh nein, das mag ich nicht, dann müsste ich mich ja festlegen“ oder „Ja, ich will eigentlich nicht so richtig“. Das ist aus meiner Sicht eine Art Beliebigkeit. Meistens gehen solche Vorbehalte von Männern aus. Nach dem Motto: „Ich will zwar ein Kind, aber in eine feste Beziehung will ich eigentlich nicht gehen“. In einem solchen Fall sollten die Betroffenen selbst für die Behandlung zahlen, das ist meine Meinung.

Wenn man eine Beziehung so sieht, dann muss man sich bestimmte Dinge einfach auch erkaufen. In solchen Fällen ist es nicht gerechtfertigt, die Behandlung gesellschaftlich zu subventionieren, dazu stehe ich.

Wenn jemand seine Freiheit braucht und diese Freiheit ihn von einem Gang zum Standesamt abhält, weil er sich nicht binden will, dann darf er

das gerne tun. Gesellschaftlich ist das aus meiner Sicht aber nicht das, was wir wollen und was die Gesellschaft im Kontext zeigt. Sollte sich das ändern und es in Zukunft egal sein, ob jemand verheiratet ist oder nicht, dann ist es kein Problem. Wenn die Gesellschaft sagt, wir brauchen keine festen Beziehungen mehr, lassen Sie uns das alles einstampfen, dann ist es auch kein Problem. Dann möchte ich das Erbrecht aber bitte auch anders geregelt haben, ebenso wie die Fürsorgerechte oder das Einverständnis im Krankheitsfall. Dann krepeln Sie bitte die ganze Gesellschaft um, dann ist es in Ordnung. Dann ist das der Wille dieser Gesellschaft. Im Moment ist es aus meiner Sicht aber nicht so.

Die **Vorsitzende**: Danke schön, ich habe jetzt noch Frau Helling-Plahr und Herrn Reichardt auf der Rednerliste, zunächst Frau Helling-Plahr bitte.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Professor Krüssel, Sie haben ausgeführt, dass es sinnvoll ist, Zellen im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung in einem Zyklus zu entnehmen und zu konservieren, um dann im Rahmen mehrerer Zyklen je eine Zelle einzusetzen. Vor diesen Hintergrund möchte ich Sie fragen, welche Auswirkungen die Kryokonservierung im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung auf die Gesundheit der Patientinnen und auf die Kosten der Behandlung hätte.

Darüber hinaus hätte ich gerne gewusst, ob es aus Ihrer Sicht auf der Grundlage einer statistischen medizinischen Sicht ein ideales Alter gibt, um Kinder zu bekommen?

**Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel** (Universitätsfrauenklinik, Düsseldorf): Das ideale Alter ist aus medizinischer Sicht gar nicht so einfach zu bestimmen. Man weiß, dass die kürzeste Zeit bis zum Eintritt einer Schwangerschaft, die sogenannte optimale „time-to-pregnancy“ in das 21. Lebensjahr einer Frau fällt. Danach nimmt diese „time-to-pregnancy“ immer mehr zu. Ob damit auch das ideale Alter für eine Schwangerschaft und Geburt bestimmt ist, vermag ich nicht zu sagen. Fest steht lediglich, dass in diesem Lebensalter medizinisch gesehen die Wahrschein-



lichkeit, auf normalem Wege schwanger zu werden, bei ansonsten gesunden Frauen am höchsten ist.

Die Kosten für das Einfrieren von Eizellen belaufen sich im Moment auf ungefähr 350 bis 500 Euro. Das ist allerdings kein festgelegter Gebührentatbestand. Das wird von den Zentren selbst festgelegt. Die weiteren Kosten, um die Eizellen in diesem Zustand zu halten, liegen bei ungefähr 200 bis 300 Euro pro Jahr. Das alles müssen die Paare selbst bezahlen.

Wenn man davon ausgeht, dass bei einer normalen durchschnittlichen Stimulationsbehandlung zwischen 8 und 14 Eizellen entnommen werden, dann sind nicht alle dieser Eizellen befruchtet. Im Durchschnitt etwa acht bis neun. Diese Eizellen haben entweder das Potenzial, sich zu einem Kind zu entwickeln, oder haben es auch nicht. Das kann man den Eizellen von außen nicht hundertprozentig ansehen. Wir können beispielsweise einen Embryo, den wir bis zu fünf Tage außerhalb des Körpers kultivieren können, von dem wir also wissen, dass er sich schon in den ersten fünf Tagen entwickelt hat, transferieren und die anderen befruchteten Eizellen einfrieren. Wir können das Ziel aber auch so setzen, dass wir mehrere befruchtete Eizellen kultivieren und transferieren. Am Ende würden aus einer Stimulationsbehandlung – wobei die Daten nicht hundertprozentig verfügbar sind, aber die Tendenz aller Studien in diese Richtung geht – wahrscheinlich genauso viele Kinder geboren werden, wie wenn man immer nur einen entwicklungsfähigen Embryo transferieren würde und alle anderen Eizellen oder auch Embryonen einfrieren oder gleichzeitig zurückgeben würde. Die Zahl der Schwangerschaften wäre wahrscheinlich gleich.

Der Umweg des Einfrierens war früher ein Problem, weil dabei einige Eizellen kaputt gegangen sind, statistisch etwa 20 Prozent. Das ist heute kein Problem mehr, weil wir durch veränderte Einfrierverfahren – das Stichwort dazu lautet Vitrifikation – in der Lage sind, 99 Prozent der Eizellen, Vorkernstadien oder Embryonen, egal in welchem Stadium, gut einzufrieren und unbeschadet aufzutauen. Auch die Dauer der Lagerung

scheint medizinisch keinen Unterschied zu machen. Egal, ob die Eizellen oder Embryonen zehn Minuten

oder zehn Jahre eingefroren waren, der Zeitunterschied scheint sich auf die Entwicklung der Kinder in keiner Form auszuwirken.

Vor diesem Hintergrund sehe ich tatsächlich über den Weg einer Finanzierung der Kryokonservierung eine Möglichkeit, Paare ganz gezielt davon zu überzeugen, sich weniger Embryonen pro Transfer zurückgeben zu lassen. Unter dem Strich würden wir keinen Embryo, keine befruchtete Eizelle verlieren, wenn diese Kosten übernommen würden – Kosten, die überschaubar sind.

Abg. **Martin Reichardt** (AfD): Ich würde gern noch eine kurze Frage an Herrn Professor Bauer und an Frau Professorin Graumann richten. Ist es vor dem Hintergrund des Gesamtproblems der Reproduktionsmedizin nicht notwendig, einen Paradigmenwechsel von der Sicht der Erwachsenen auf die Sicht der gezeugten Kinder durchzuführen und dies in Zukunft stärker zu berücksichtigen?

**Prof. Dr. med. Axel W. Bauer** (Universität Heidelberg / Universitätsklinikum Mannheim): Ja, ganz wichtig ist es, die Kinder in den Mittelpunkt zu stellen und nicht nur die Wünsche der Erwachsenen. Es gibt in Göttingen einen Verein, der „Spenderkinder“ heißt. In diesem Verein haben sich Kinder organisiert, die durch anonyme Samenspenden entstanden sind. Sie machen sich auf die Suche nach ihrem Vater und empfinden es als ein ganz großes Problem, dass diese Suche so schwierig ist. Das zeigt meines Erachtens, dass Kinder in ihrer Entwicklung berücksichtigt werden müssen, mindestens so sehr wie die Erwachsenen, die sich Kinder wünschen. Man soll immer sehr vorsichtig mit naturrechtlichen Ableitungen sein. Daraus, dass etwas ist, folgt noch nicht, dass es gut ist in der Natur. Andererseits ist es aber auch nicht ganz unerheblich, dass von Natur aus jedes Kind einen biologischen Vater und eine biologische Mutter hat, und nicht beliebige Formen von biologischen Eltern. Das würde ich doch als nicht ganz unerheblich betrachten bei der Frage, was für unsere Gesellschaft künftig förderungswürdig im Hinblick auf die assistierte Reproduktion ist.



**Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann** (Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum): Ich finde, dass eine Elternschaft immer als eine Beziehung zwischen den Kindern und den Eltern gesehen werden muss. Das ist eine Beziehung, die auf Freiheit gegründet ist, wie alle menschlichen Beziehungen. Sie muss auch auf Freiheit geründet sein. Das heißt, dass die Verantwortung in der Elternschaft darin liegt, die Kinder zu einer freien und selbstverantwortlichen Person heranwachsen zu lassen und dafür alles zu tun. Das, was wir als Gesellschaft tun müssen, ist, den Eltern die Rahmenbedingungen zu schaffen, dass

eine solche Entwicklung auch tatsächlich möglich ist.

Die **Vorsitzende**: Das war eine Punktlandung, vielen Dank. Damit sind wir am Ende unserer Anhörung. Ich danke zunächst den Sachverständigen, dass Sie uns heute ihr Wissen zur Verfügung gestellt haben und wünsche Ihnen eine gute Heimreise. Ich danke auch den Besucherinnen und Besuchern und wünsche Ihnen allen noch einen schönen Tag. Damit ist die Anhörung beendet.

Schluss der Sitzung: 16:00 Uhr

Sabine Zimmermann (Zwickau), MdB  
**Vorsitzende**



**Anlagen: Zusammenstellung der Stellungnahmen**

<b>Prof. Dr. med. Axel W. Bauer</b> Universität Heidelberg / Universitätsklinikum Mannheim	<b>Seite 37</b>
<b>Dr. med. Ute Czeromin</b> Kinderwunschpraxis Gelsenkirchen	<b>Seite 53</b>
<b>Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann</b> Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe Fachbereich Heilpädagogik und Pflege – Lehrgebiet Ethik Bochum	<b>Seite 56</b>
<b>Dr. med. Jürgen Krieg</b> Kinderwunschzentrum Amberg	<b>Seite 59</b>
<b>Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel</b> Universitätsfrauenklinik, Heinrich Heine Universität Düsseldorf	<b>Seite 63</b>
<b>Inge Landgraf</b> DONUM VITAE in Bayern e. V. Nürnberg	<b>Seite 69</b>
<b>Dr. Petra Thorn</b> Praxis für psychosoziale Kinderwunschberatung, Paar- und Familientherapie Mörfelden	<b>Seite 72</b>
<b>Prof. Dr. sc. hum. Tewes Wischmann</b> Universitätsklinikum Heidelberg Institut für Medizinische Psychologie	<b>Seite 78</b>



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](mailto:axel.bauer@medma.uni-heidelberg.de)  
[www.umm.uni-heidelberg.de/gte](http://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](mailto:axel.bauer@medma.uni-heidelberg.de)  
[www.umm.uni-heidelberg.de/gte](http://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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup> Die folgende Stellungnahme wurde für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages am 25. Juni 2018 verfasst.

<sup>1</sup> 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>.

<sup>2</sup> 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 Bundestages<sup>3</sup> 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*.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Bauer (2007a).

<sup>4</sup> Searle (1994).

<sup>5</sup> Bauer (2007b).

Der allgemeine Krankheitsbegriff kann deshalb nicht naturalistisch, sondern nur normativ in seinem vollen Bedeutungsgehalt erfasst und erschlossen werden.<sup>6</sup> 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.

---

<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup>

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.<sup>9</sup> 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.

---

<sup>7</sup> Maio (2013).

<sup>8</sup> Kiworr/Bauer/Cullen (2017).

<sup>9</sup> 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.“<sup>10</sup>

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.<sup>11</sup> 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

---

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

<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup> Zu bedenken ist indessen auch, dass zwei Drittel aller Kinderwunschbehandlungen im Ergebnis *nicht* zur Elternschaft führen.<sup>13</sup> 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.<sup>14</sup> 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-

<sup>12</sup> Deutsches IVF-Register (2017), S. 8.

<sup>13</sup> 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>.

<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup>

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.<sup>16</sup>

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.<sup>17</sup> 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

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

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

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

<sup>17</sup> 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.“<sup>18</sup>

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.<sup>19</sup>

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

---

<sup>18</sup> Bundesärztekammer (2018), S. A7 (Punkt 2.2.3).

<sup>19</sup> 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 fehlt<sup>20</sup>.

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.<sup>21</sup>

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.<sup>22</sup> 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

---

<sup>20</sup> Nawroth et al. (2012).

<sup>21</sup> v. Wolff (2013), S. 393.

<sup>22</sup> 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.<sup>23</sup>

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.<sup>24</sup> 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“.

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

<sup>24</sup> Drucksache 19/2689 vom 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.<sup>25</sup>

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-

<sup>25</sup> 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.<sup>26</sup>

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 verfügt<sup>27</sup>, 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](http://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.

<sup>26</sup> Deutscher Ethikrat (2011), S. 13

<sup>27</sup> 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](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.) Waltrap 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](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>

Dr. med. Ute Czeromin  
Dr. med. Ina Walter-Göbel  
Frauenärztinnen

Dres. med. Czeromin / Walter- Göbel, Munscheidstr. 14, 45886 Gelsenkirchen

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

Ausschussdrucksache  
**19(13)14g**

**19.06.2018**

Per Mail als PDF an

[familienausschuss@bundestag.de](mailto:familienausschuss@bundestag.de)

Gelsenkirchen, 19. Juni 2018

## Anhörung BT-Drucksache 19/585 – Stellungnahme Ute Czeromin

Sehr geehrte Damen und Herren!

Vielen Dank für die Möglichkeit als reproduktionsmedizinische Sachverständige 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.

Bitte erlauben Sie mir, insbesondere den politischen Hintergrund zu beleuchten, an der Notwendigkeit Maßnahmen der Reproduktionsmedizin vollumfänglich zu unterstützen besteht kein Zweifel.

### Daten und Fakten:

Unerfüllter Kinderwunsch ist kein Lifestyle-Problem, sondern eine behandlungsbedürftige Krankheit.

Maßnahmen der so genannten „künstlichen Befruchtung“ gehören zu 100% in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkasse. Operative Maßnahmen zur Behebung einer eileiterbedingten Sterilität werden zu 100% von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen, Behandlungszyklen mit einer Befruchtung außerhalb des Körpers nur zu 50%, obwohl dies nur eine alternative Methode ist oder bei Versagen der operativen Maßnahme in Anspruch genommen wird.

Paare, die sich zur Familienbildung entscheiden, übernehmen eine lebenslange persönliche Verantwortung und deren Entscheidung nutzt der Gesamtgesellschaft. Sie müssen nicht auch noch die Kosten tragen, wenn die Familienbildung aus krankheitsbedingten Gründen nicht möglich ist.

Die derzeitige Drei-Säulen-Förderung (GKV, Länderzuwendung, Bundeszuwendung) ist ein bürokratisches Konstrukt, das allein durch die Verwaltung der zur Verfügung stehenden Gelder Summen verschwendet, die bei Direktfinanzierung durch die GKV den Betroffenen unmittelbar zur Verfügung stünden.

Sparkasse Gelsenkirchen  
BLZ 420 500 01  
KONTO 101 137 575  
BIC WELADED1GEK  
IBAN DE98 4205 0001 0101 1375 75

Steuer-Nr.: 319 / 5959 / 0435



Die Initiative der FDP zur wohnortunabhängigen Förderung von Sterilitätstherapie ist gut gemeint, ist aber keine mittel- bis langfristige Lösung der strukturellen, inhaltlichen und juristischen Probleme der von Sterilität betroffenen Paare und deren behandelnden Ärzte. Sie zeugt auch von einem libertären Gedankengut, das an manchen Punkten nicht gut durchdacht scheint.

### **Im Einzelnen:**

#### Stellungnahme zu 1a:

Ja – als kurzfristige Maßnahme unterstützenswert – langfristig sollte auf eine erneute Änderung des SGB V § 27 a hingewirkt werden.

Zur Reduzierung des Verwaltungsaufwandes empfehle ich eine Weiterbelastungsrechnung der GKV an den entsprechenden Adressaten des Bundes UND die Anweisung an die Beihilfestellen, nicht nur die Hälfte, sondern 100% des Beihilfeanteils zu übernehmen. Privatpatienten ohne Beihilfeberechtigung haben sich in der Regel aus dem Solidarsystem der gesetzlichen Krankenkassen abgemeldet, eine staatliche Förderung ist m.E. damit nicht sinnvoll.

#### Stellungnahme zu 1b:

Die Förderung von Alleinstehenden ist nur durch Verwendung von Spendersamen möglich. In der Geburtsurkunde des Kindes stünde „Vater unbekannt“, nach dem Samenspenderregistergesetz und der Änderung des § BGB kann der Samenspender auch nicht mehr als Vater anerkannt werden.

Damit wird mit staatlicher Unterstützung

1. dafür gesorgt, dass dem Kind Unterhalt durch das Jugendamt zusteht,
2. wird das bekannte Verarmungsrisiko von Alleinerziehenden in Kauf genommen,
3. wird das „Kindeswohl“ eklatant vernachlässigt.

Kinder brauchen Eltern! Diese zwei Erwachsenen müssen nicht miteinander verheiratet sein, sie können gleichgeschlechtlich sein, aber es sollten zwei Erwachsene sein, die sich für das Wohl des Kindes verantwortlich fühlen. Meines Erachtens darf jeder Arzt entscheiden, ob er Alleinstehende reproduktionsmedizinisch behandelt, dieses aber auch noch staatlich zu fördern, finde ich nicht in Ordnung.

#### Stellungnahme zu 1c:

Das ist mengenmäßig kein relevantes Problem. Sollte eher im Rahmen einer Änderung des SGB V § 27 a geändert werden. Die Verwaltung dieser insgesamt seltenen Fälle bräuchte eine aufwändige Verwaltungsstruktur, die unnötige Verwaltungskosten generiert. Siehe Punkt 1a.

#### Stellungnahme 1d:

Auch dieser Punkt sollte eher im Rahmen einer Änderung des SGB V § 27 a geändert werden.

#### Stellungnahme 2:

Hier wäre ebenfalls eine Änderung des § 27 a SGB V sinnvoll – eine Untergrenze von 25 Jahren ist medizinisch nicht nachzuvollziehen, zumal die Fruchtbarkeit bei Frauen bereits ab dem 30. Lebensjahr sinkt. Eine Altersgrenze von 40 Jahren ist medizinisch aufgrund der Aussicht auf Erfolg eher nach zu vollziehen, allerdings waren vor Änderung des § 27a SGB V Ausnahmeentscheidungen der GKV bis zum 45. Lebensjahr möglich. Diese Ausnahmemöglichkeit sollte erneut eingeführt werden.

### **Votum:**

Eine wohnortunabhängige Förderung aus Bundesmitteln ist zweite Wahl bei Finanzierung von Behandlungskosten der Paarsterilität.

Erste Wahl und zukunftsgerichtet wäre eine Änderung des SGB V § 27a.

Wiedereinführung (Stand 31.12.2003) sowohl der 100% Finanzierung als auch der Anzahl finanzierten Zyklen:

Sechs Zyklen homologer Inseminationen im Gonadotropin-stimulierten Zyklus (seit 2004 nur drei)

Vier Zyklen einer IVF oder ICSI-Therapie (seit 2004 nur drei)

Ausweitung auf nicht verheiratete Paare, die in stabiler eheähnlicher Beziehung leben und von denen keiner in anderer Ehe verheiratet ist

Abschaffung der Altersgrenze von 25 Jahren nach unten, erneute Einführung der Möglichkeit einer Ausnahmegenehmigung für Frauen bis zum 45. Lebensjahr. Keine Altersgrenze bei den männlichen Partnern.

**NB:**

Eine Ausweitung der Leistungen (Samenspende, Kryokonservierung) kann aus kassenärztlicher Sicht nur sehr kritisch angesehen werden.

Reproduktionsmedizin wird durch die GKV nicht kostendeckend finanziert. Das ärztliche Honorar beträgt bei IVF 1.200,00 €, bei ICSI 1500,00 €. Die Kosten der notwendigen Medikamente übersteigen regelmäßig das ärztliche Honorar.

Vertragsärzte bekommen keine Vergütung für die in den letzten Jahren deutlich gestiegenen behördlich angeordneten Aufwände (TPG, AMWHV, DSGVO, SaRegG, QSV der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Ultraschall und zum Labor) etc.

Selbstzahlerleistungen subventionieren damit den defizitären Kassenarztbereich.

Im Vergleich:

In Österreich bekommen Reproduktionsmediziner aus dem staatlichen Fonds (m.E. unsinnigerweise nicht aus dem Topf der GKV) 4.000,00 € pro IVF oder ICSI-Zyklus. Davon sind 3000,00 € für Arzt und Labor. 1.000,00 € für Medikamente. Die österreichischen Ärzte kommen deshalb mit dem geringen Medikamentenbudget aus, da sie im Gegensatz zu Deutschland die Medikamente direkt bei den Pharmafirmen kaufen und zu Selbstkostenpreisen an die Patienten weitergeben. Der Gesellschaft wird damit der Großhandels- und Apothekenaufschlag für Medikamente erspart und das nur dadurch, dass das Dispensationsrecht auf Reproduktionsmediziner ausgeweitet wurde.

Die Höhe von 3000,00 € für einen IVF- oder ICSI-Zyklus würde am ehesten die Finanzierungslücke auffangen, wenn Kassenärzte nicht mehr die Chance hätten, den defizitären Kassenarztbereich durch privat liquidierte Leistungen zu subventionieren.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Ute Czeromin

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am  
25. Juni 2018

### **Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern**

Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann, Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum

Deutscher Bundestag Ausschuss f. Familie, Senioren, Frauen u. Jugend Ausschussdrucksache 19(13)14i 19.06.2018
--

Der vorliegende Antrag, der heute hier diskutiert werden soll, sieht darin, dass die finanzielle Unterstützung für eine Kinderwunschbehandlung hierzulade zum einen vom Wohnort und zum anderen vom Alter und Familienstand abhängt, eine Ungerechtigkeit. Es wird eine Grundsatzdiskussion darüber gefordert, bis zu welchem Alter Kinderwunschbehandlungen gefördert werden und welche Maßnahmen dabei möglich sein sollen. Zu den Fragen möchte ich aus ethischer Perspektive Stellung nehmen.

Für die ethische Beurteilung unterscheide ich mit Hans Krämer (1998) Fragen nach dem moralisch Erwünschten und Fragen nach dem moralisch Richtigen. Fragen nach dem moralisch Erwünschten gehören zur Strebensethik und Fragen nach dem moralisch Richtigen zur Sollensethik.

Aufgabe der Strebensethik ist es, über Fragen der persönlichen Lebensgestaltung zu reflektieren. Dabei sind strebensethische Reflexionen von subjektiven Vorstellungen des „guten Lebens“ geprägt, die individuell sehr unterschiedlich ausfallen können. Diese Unterschiede müssen wir im Allgemeinen akzeptieren, sofern dadurch niemand zu Schaden kommt. Für die Vorstellungen des guten Lebens der einen Person kann beispielsweise Erfolg im Beruf im Vordergrund stehen, für eine andere Person ist es ein erfülltes Familienleben und für wieder eine andere, auf Reisen Abenteuer zu erleben. Vorstellungen des guten Lebens können von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich sein. Es gilt heute als Allgemeinplatz in der Ethik, dass Vorstellungen des guten Lebens anderen nicht allgemeinverbindlich vorgeschrieben werden können bzw. dürfen.

Die Sollensethik hat nach Krämer die Aufgabe, allgemein verbindliche moralische Rechte zu begründen, die jede Person unabhängig von persönlichen Präferenzen, individuellem Ansehen oder sozialem Status in der gleichen Lebenssituation hat. Das sind allgemeine moralische Rechte, zu deren Achtung wir wechselseitig verpflichtet sind. Dazu gehören die Rechte auf Leben, auf körperliche und auf psychische Integrität aber auch die Rechte auf Selbstbestimmung und Teilhabe.

Die Einschränkungen der Kostenübernahme für die fortpflanzungsmedizinische Behandlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen sind zum einen als Kostendämpfungsmaßnahmen (50% der Kosten für drei Zyklen für IVF/und ICSI) und zum anderen durch Werthaltungen (Förderung der traditionellen Familie, Sicherstellung des Kindeswohls) motiviert. Das lässt sich mit Bezug auf den gesellschaftlichen Wertepluralismus in Bezug auf Familienvorstellungen unter Antidiskriminierungsaspekten durchaus kritisch hinterfragen.

In dem Antrag wird auf die hohe Relevanz, die die Erfüllung des Kinderwunsches für viele ungewollt kinderlose Paare hat, abgehoben. Mutter und Vater zu werden, bedeutet, eine Beziehung zu einem Kind einzugehen, die durch emotionale Nähe, elterliche Sorge und Verantwortung in Abhängigkeit gekennzeichnet ist. Es gibt ein moralisches Recht von Frauen und Männern gegenüber Gesellschaft und Staat, in Fragen der Familienplanung nicht bevormundet zu werden, d.h. selbstbestimmt zu entscheiden, Mutter oder Vater werden zu wollen oder ein Leben ohne Kinder zu führen. Die

Familienplanung gehört zu den wichtigsten Aspekten der subjektiven Vorstellungen des guten Lebens, was aber ein moralisches Recht auf ein eigenes Kind im engeren Sinn ausschließt.

Es gibt keine strikte moralische Verpflichtung, fortpflanzungsmedizinische Leistungen für ungewollt kinderlose Paare bereitzustellen und deren Kosten durch die Solidargemeinschaften zu übernehmen. Es wäre schwierig hier enge Solidaritätspflichten etwa gegenüber gewollt kinderlosen Beitragszahlern zu begründen, die selbst andere Vorstellungen vom guten Leben haben. Für andere medizinische Leistungen, wenn es etwa um die Behandlung von lebensbedrohlichen Krankheiten geht, sehe ich das anders. Hier können wir enge Solidaritätspflichten von gesunden Beitragszahlern gut begründen, weil die Heilung einer schweren Krankheit keine Frage des guten Lebens ist, sondern eine existenzielle Voraussetzung dafür, überhaupt selbstbestimmt entscheiden und weitere Rechte ausüben zu können, die sich für alle Bürgerinnen und Bürger gleich stellt. Damit soll die große Bedeutung, die die Erfüllung des Kinderwunsches für viele Paare hat, keineswegs relativiert werden. Es soll damit nur gezeigt werden, dass darüber, welche fortpflanzungsmedizinischen Angebote gemacht und welche solidarisch finanziert werden sollen, gesellschaftlich diskutiert und demokratisch entschieden werden muss. Dabei sind weitere ethisch relevante Aspekte neben dem Recht auf Selbstbestimmung von Frauen und Männern bezüglich ihrer Familienplanung zu berücksichtigen wie Erfolgsaussichten, Belastungen und Risiken einer Behandlung für die Frau sowie das Kindeswohl (z.B. hohe Rate an Mehrlingsschwangerschaften und Frühgeburtlichkeit).

Mit Blick auf die Kostenübernahme spielt darüber hinaus der Gleichheitsgrundsatz eine Rolle, nämlich bezüglich des gleichberechtigten Zugangs zu fortpflanzungsmedizinischen Leistungen. Vor dem Hintergrund dessen, dass die Wahl der Lebensform – verheiratet oder nicht verheiratet, in Partnerschaft lebend oder alleinstehend, in einer gemischt- oder gleichgeschlechtlichen Partnerschaft lebend – zu den Fragen des guten Lebens gehört, die eine Einmischung von dritter Seite verbieten, sind Zugangsbegrenzungen zu Leistungen, die bestimmte Lebensformen bevorzugen und andere diskriminieren, aus ethischer Sicht höchst problematisch. Das heißt, dass ich mit Blick auf die Kostenübernahme durch die Krankenkassen für einen gleichberechtigten Zugang von unverheirateten und gleichgeschlechtlichen Paaren zu fortpflanzungsmedizinischen Leistungen plädiere. Mit Blick auf die doch erheblichen Kosten wäre aus Gründen sozialer Gerechtigkeit zu erwägen, zu der alten Regelung zurückzukehren und eine begrenzte Zahl von IVF/ICSI-Zyklen ohne Zuzahlung über die Krankenkassen zu finanzieren. Einschränkungen der Kostenübernahme zur Kostenbegrenzung sind unter Antidiskriminierungs-Gesichtspunkten dann ethisch unproblematisch, wenn sich diese auf beschränkte Erfolgsaussichten stützen. Bei Frauen über 40 sind die Erfolgsaussichten einer IVF/ICSI-Behandlung so signifikant geringer als bei jüngeren Frauen. Die Altersgrenze scheint mir daher eine gerechtfertigte Diskriminierung dazustellen.

Eine familienpolitisch motivierte Kostenübernahme durch einzelne Bundesländer halte ich im Übrigen aus Gerechtigkeitsgründen, die sich auf Grund des Föderalismus kaum ausschließen lassen, für allenfalls die zweite Wahl.

Die hier vorgetragene ethische Argumentation ist auch mit Blick auf andere fortpflanzungsmedizinische Angebote relevant, die nicht in Deutschland aber in anderen Ländern angeboten und von deutschen Paaren in Anspruch genommen werden. Bisweilen wird ja auch eine Kostenübernahme für diese, im Ausland wahrgenommenen, fortpflanzungsmedizinischen Leistungen, durch Krankenkassen gefordert. Damit meine ich etwa Eizellspenden in Spanien und Tschechien sowie Leihmutterdienste in der Ukraine. Bei diesen Angeboten liegt allerdings eine

Drittbetroffenheit von Frauen vor, die meist auf Grund ihrer prekären wirtschaftlichen Lage zur Mitwirkung bereit sind und dafür erhebliche Belastungen und Gesundheitsrisiken in Kauf nehmen. Daher halte ich das Angebot dieser Verfahren für ethisch höchst problematisch und lehne sowohl die Kostenübernahme für im Ausland in Anspruch genommene als auch die Zulassung hierzulande ab.

## **Persönliche Stellungnahme zum von der FDP-Fraktion eingebrachten Antrag vom 30.1.18.**

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

In der täglichen Praxis begegne ich in meiner Kinderwunschsprechstunde jeden Tag Patienten mit durchaus sehr heterogenen Lebenssituationen und -geschichten. Für 90 % der Patienten ist die finanzielle Belastung ein Thema - sicherlich in unterschiedlicher Ausprägung - aber es ist ein Thema, welches belastet.

Vor diesem Hintergrund ist jede finanzielle Entlastung ein diskussionswürdiger Vorschlag, um den Betroffenen zumindest die finanzielle Belastung zu nehmen. Allerdings möchte ich hier nicht unerwähnt lassen, dass die Aussage unter Punkt 1 "Der Deutsche Bundestag stellt fest:" im 2 Absatz bzgl. der Kostenübernahme der PKV nicht korrekt ist. Bei Beamten, welche Beihilfeberechtigt sind, werden nur 50% der Kosten von der PKV übernommen. Von den verbleibenden 50 % übernimmt die Beihilfe wiederum 50 % - somit bleibt ein Eigenanteil von 25 % bei den Betroffenen als Eigenleistung - dies entspricht z.B. bei ICSI ca. 2000 - 3000 Euro pro Behandlung.

Eine weitere Eigenheit betrifft wiederum PKV-Versicherte, welche in einem gemischten Kassenverhältnis mit Ihrem Partner leben. Hierbei ist die bei Weitem ungünstigste und deprimierendste Form, wenn die Frau PKV versichert ist und keine Auffälligkeiten bietet und der Mann GKV und aufgrund eines eingeschränkten Spermogramms der Verursacher der Paarsterilität ist. In diesem Fall bezahlt weder die PKV (ihr Mitglied ist ja nicht Verursacher) noch die GKV (diese hat keine Möglichkeit Kosten für ein Nicht-Mitglied der GKV zu übernehmen). Hierbei werden lediglich die Kosten des GKV-Versicherten für die Blut- und Spermauntersuchungen zu 50 % übernommen. Höhe der Erstattung: ca. 50 Euro. Kosten der Behandlung für das Paar: ca. 8000 - 10000 Euro. Dieser Umstand erscheint mir in der hier angeregten Diskussion durchaus erwähnenswert!

Unstrittig dürfte sein, dass die Änderung der Finanzierung von einer Vollfinanzierung bis 2003 zu der aktuellen 50%-Finanzierung seit 2004, eine Reduktion der Behandlungen um 50 % ergab. Dies führt im europäischen Vergleich dazu, dass wir 2003 noch überdurchschnittlich viele Behandlungszyklen durchführten, jetzt allerdings unterdurchschnittliche Behandlungsfälle aufweisen.

In diesem Zusammenhang gibt es auch eine weitere besorgniserregende Entwicklung, welche die Abwanderung von ungewollt kinderlosen Paaren in Länder mit Dumpingpreisen für die künstliche Befruchtung bedingt. Hier werden Behandlungen billigst durchgeführt, ohne Beachtung von in Deutschland geltenden Standards und Regeln zur Durchführung der künstlichen Befruchtung. Dies ist hochgradig gefährlich für die Patientin - aber auch für das Kind. In Deutschland garantieren die IVF-Zentren einen hohen ethischen und medizinischen Standard, es wurde ein Gesetz zum Wohle des Kindes in Bezug auf sein Recht seine Abstammung zu kennen erlassen, aber dann werden Patienten aus finanziellen Gründen ins Ausland gedrängt und werden dort ohne die gebotenen medizinischen Standards und ethischen Normen behandelt. Ich kenne kein Paar, welches aufgrund einer besseren Behandlung in unser Nachbarland Tschechien reist, es ist immer nur das Geld.

Die Patienten, die zur Durchführung von in Deutschland nicht zugelassener Behandlungsoptionen ins Ausland gehen, bilden die Ausnahme und hierfür gibt es ja derzeit in Deutschland keine Alternative.

Im Rahmen der in meinen Augen dringend gebotenen Stärkung der psychosozialen Begleitung der Paare im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung, würde ich es für gerechtfertigt halten, eine Förderung an die Verpflichtung zur Beratung bei einer psychosozialen Beratungsstelle (z.B. donum vitae) zu koppeln. Es gibt gute wissenschaftliche

Daten zum Beratungsgespräch. Es gibt einen ausgearbeiteten Schulungsplan für die Beraterinnen zum Gespräch mit Kinderwunschpaaren - was fehlt ist schlicht der Anreiz für die Paare eine Beratungsstelle aufzusuchen. Die Daten, die in Zusammenarbeit mit dem ifb Bamberg, donum vitae und dem Kinderwunschzentrum Amberg im Rahmen vom Land Bayern geförderten Sarah-Projektes erhoben und ausgewertet wurden, zeigen auch den dringenden Bedarf an einer solchen Mitbetreuung, aber auch das große Problem des Erstkontaktes. Durch eine Verknüpfung der Förderung mit der Beratung, könnten hier Hürden überwunden und ein Erstkontakt hergestellt werden. Ein Erstkontakt unter sanftem Druck wäre in jedem Fall besser, als gar kein Kontakt. Ein Beratungsnachweis könnte in gleicher Weise erbracht werden, wie bei der Beratung vor einer Schwangerschaftsunterbrechung. Auch bei der Pflichtberatung bei geplanter Schwangerschaftsunterbrechung war zunächst Skepsis vorhanden, ob eine Verpflichtung zur Beratung nicht zu einer Ablehnung führen könnte. Aber diese Befürchtungen haben sich nachweislich als unbegründet erwiesen.

Beurteilung der Forderung an die Bundesregierung:  
zu Punkt 1)

- zu a) Die Finanzierung von vier Versuchen zur Kinderwunschbehandlung ist absolut zu Befürworten. Allerdings darf dies nicht nach dem hier vorgeschlagenen Wortlaut erfolgen. Im Antrag heisst es: ...für die **ersten** vier Versuche von Kinderwunschbehandlungen. Dies führt dazu, dass Paare die vor einer IVF/ICSI Therapie versuchen mittels Insemination schwanger zu werden benachteiligt werden. Inseminationen gehören zu den genehmigungspflichtigen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Die Kosten liegen hier, bei der nicht stimulierten Insemination nach 10.1, bei 220 - 300 Euro und bei der stimulierten Insemination nach 10.2 bei ca. 800 Euro. Dies ergäbe einen Zuschuss bei 10.1 von 55 - 75 Euro und bei 10.2 von 200 Euro. Eine weitere Förderung von evtl. nachfolgenden erforderlichen IVF/ICSI-Behandlungen würde dann entfallen oder nur noch für 1-2 Therapiezyklen gelten. Im Gegensatz zur Förderung der Inseminationen entspricht der 25 % Zuschuss zur IVF bzw. ICSI ca. 750 Euro. Diese klare finanzielle Benachteiligung bei Durchführung einer Insemination würde das Ende der Insemination im System bedeuten. Hierdurch bringt man aber die Patienten um eine wenig belastende Therapieform, die durchaus ihren Stellenwert in der Therapie der ungewollten Kinderlosigkeit hat. Immerhin kann damit eine Erfolgsquote von 13 % erreicht werden.

**Es muss unbedingt heißen: „Die Förderung wird für vier eingereichte Versuche von Kinderwunschbehandlungen gewährt. Für welche vier Versuche die Förderung beantragt wird, ist dem Geförderten überlassen.“**

Unabhängig hiervon ist es unverständlich, warum eine Bundesförderung in diesem Bereich von einer Landesförderung abhängt. Bei einer Mitfinanzierung von vier Versuchen durch den Bund, sollte allerdings auch in Bezug auf die GKV eine Anhebung der zu finanzierenden Zyklen auf vier angehoben werden.

- zu b) Für mich werden hier gesellschaftspolitische Diskussionen verfrüht als entschieden bewertet. Es ist für mich nicht klar, ob die Gesellschaft sich tatsächlich vom traditionellen Familienbild abwenden will oder nicht. Ich glaube vielmehr, dass sich der Gesellschaftsstandard bzgl. Familie immer noch auf die Ehe bezieht. Innerhalb unserer Gesellschaft bildet die Ehe weiterhin die

Grundlage der Familie. Somit kann sich in meinen Augen eine Finanzierung durch den Bund nur innerhalb des gesellschaftlichen Kontextes ergeben. Es ist nicht mit abschließender Sicherheit geklärt, welche langfristigen Folgen sich bei Kindern zeigen, die ohne zweiten Pol in der Familie aufwachsen. Ich bin nicht dafür, dass eine Behandlung bei Einzelpersonen oder nichtehelichen Partnerschaften untersagt wird. Aber einer Förderung würde ich derzeit eher ablehnend gegenüberstehen. Sollte sich im gesellschaftlichen Kontext die Ehe und die mit ihr verbundenen Pflichten und Rechte als nicht mehr erwünscht erweisen, dann käme eine solche Förderung in Frage. Dem stehe ich aber eher kritisch gegenüber. Ich empfinde in den Gesprächen mit nicht verheirateten Paaren immer wieder einen Drang zur Beliebigkeit - das "sich binden" macht Angst. Man will sich alle Optionen offenhalten. Hier glaube ich aber, wer eine Familie gründet und Verantwortung für ein Kind übernehmen will, der muss auch in der Lage sein, zu einer Entscheidung und zu einer Verbindung ja zu sagen. Will man aus generellen gesellschaftskritischen Gründen eine Ehe nicht eingehen, dann würde ich die Finanzierung dieser gesellschaftskritischen Haltung im derzeitigen gesellschaftlichen Kontext für falsch halten.

- zu c) Eine Finanzierung der Nutzung von Samenzellspenden in dem Sinne, dass innerhalb einer ehelichen Partnerschaft dann die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung finanziert werden, wäre wünschenswert. Hierbei halte ich aber eine Verpflichtung zur vorhergehenden Beratung durch eine psychosoziale Beratungsstelle (z.B. Donum vitae) für sinnvoll. Hierbei muss mit dem Paar das Bewusstsein erarbeitet und geschaffen werden, dass es sich nicht nur um eine temporäre Therapie bzw. Entscheidung für oder gegen eine aktuelle Behandlungsmethode bei einer definitiven männlichen Sterilität handelt, sondern diese Entscheidung zur Samenspende anhaltende und persistierende Folgen für die Familie und evtl. für das ganze soziale Umfeld mit sich bringt. Den Paaren muss Ihre besondere Verpflichtung dem Kind gegenüber klar sein. Eine Kostenübernahme der Samenspende selbst sehe ich kritisch. Gerade der Einsatz von Samenspenden muss von einem unbedingten Willen und einer gemeinsamen Verantwortung im Paar getragen sein. Der finanzielle Einsatz trägt zu einer intensiveren Auseinandersetzung über den Einsatz einer Samenspende beim Paar bei. Vor- und Nachteile werden intensiver diskutiert und es wird nochmal hinterfragt, ob es tatsächlich den Willen im Paar gibt diesen Weg zu gehen. Im Übrigen trifft der Begriff der „Spende“ ja auch die Realität nicht ganz. Letztlich gibt es ja auch eine Entschädigung für den "Spender" - ich würde diesen Bereich daher weiterhin in den Selbstzahlerbereich verorten.
- zu d) Diese Förderung ist zu begrüßen. Hierbei ist zu überlegen, ob nicht die von mir vorgeschlagene Änderung im Punkt 1, bzgl. der ersten vier Versuche der Kinderwunschbehandlung, hier eine weitere Regelung überflüssig machen würden. Würde das Paar einen klassischen Versuch mittels IVF/ICSI machen und würde bei dem ersten Frischtransfer nicht schwanger werden, dann könnte, sofern eine Kryokonservierung von 2PN-Zellen erfolgt ist, evtl. bei Transfer der zuvor eingefrorenen Zellen eine Schwangerschaft entstehen. Im Rahmen meiner oben genannten Formulierung, könnte das Paar die Kosten des ursprünglichen IVF/ICSI-Versuches und den nachfolgenden Kryozyklus zur

Förderung einreichen. (ca. 750 Euro für IVF/ICSI + ca. 200 Euro für den Kryozyklus). Wird das Paar nicht schwanger im Kryozyklus, so könnten sie die niedrigeren Kosten für diese Maßnahme selbst tragen und die Förderung für den zweiten IVF/ICSI-Versuch beantragen.

Alternativ hierzu könnten die Versuche auch ausgekoppelt werden. Dies könnte im Sinne einer Förderung für vier originäre Versuche und bis zu acht Kryoversuche geschehen.

Die angegebene Formulierung „... *kryokonservierten Ei- und Samenzellen über die...*“ ist nicht ganz nachvollziehbar. Die Nutzung kryokonservierter Samenzellen im Rahmen der IVF/ICSI im homologen System ist wie die Nutzung von Frischsperma zu sehen und wird auch so von den Krankenkassen gesehen - die tagesgleiche Spermaabgabe bei Gewinnung von Eizellen im Rahmen der IVF/ICSI und auch der Insemination ist nirgends gefordert oder als Abrechnungsvoraussetzung erwähnt. Somit könnte es sich nur auf die in der Regel kryokonserviert vorliegenden Samenspenden beziehen, und dieses Thema wurde schon unter Punkt c. abgehandelt.

Für mich würde nur die Formulierung "... *Nutzung von kryokonservierten Ei- und 2PN-Zellen und Embryonen über die Richtlinie gefördert wird...*" Sinn ergeben. Hierbei würde gerade in Bezug auf die kryokonservierten Eizellen von Frauen, die diese vor einer Karzinomtherapie haben eingefrieren lassen, eine immense Entlastung geschaffen. Bisher müssen Frauen, die eine Maßnahme der künstlichen Befruchtung mit ihren vor Chemotherapie oder Bestrahlung entnommenen Eizellen durchführen lassen, hierfür komplett selbst bezahlen.

Nebenbemerkung: unbedingt gefördert werden müsste die Behandlung der Eizellgewinnung und deren Kryokonservierung im Vorfeld einer Karzinomerkrankung!

zur Punkt 2:

Die Altersgrenzen haben weder mit der Lebenswirklichkeit etwas zu tun, noch sind sie medizinisch sinnvoll oder nachvollziehbar.

Die Begrenzung der Förderung und der Kostenerstattung durch die GKV, auf unter 40-Jährige könnte ihre theoretische Begründung darin finden, dass das Trisomierisiko erhöht und die Gesamtchancen auf den Eintritt einer Schwangerschaft vermindert sind. Dagegen ist die untere Grenze in meinen Augen völlig absurd. Es gibt keinen Grund unter 25-Jährige von einer Förderung von Seiten des Bundes, aber auch von Seiten der GKV, auszuschließen. Ansonsten müsste man auch die Ehe unter 25 verbieten - dann wäre das System schlüssig. Erlaube ich aber die Ehe und ist das Paar dann ungewollt kinderlos, gibt es keinen rationalen Grund diese Behandlung nicht zu fördern.

Aber auch die über 40-Jährigen können meiner Meinung nicht uneingeschränkt aus dem System ausgeschlossen werden. Ich würde hier eine Formulierung begrüßen, welche in etwa so lauten müsste: "*... Förderfähig sind auch Behandlungen von über vierzig Jährigen, wenn der behandelnde Arzt erklärt, dass kein über das Normale hinausgehendes Risiko für die Mutter oder das Kind erkennbar sind.. (und eine ausreichende Aussicht auf Erfolg besteht).*" Hierzu gäbe es auch eine richterliche Entscheidung, was eine „ausreichende Aussicht auf Erfolg“ bedeutet, da dies Gegenstand mehrerer Rechtsstreitigkeiten im PKV System war.

**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](mailto: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**

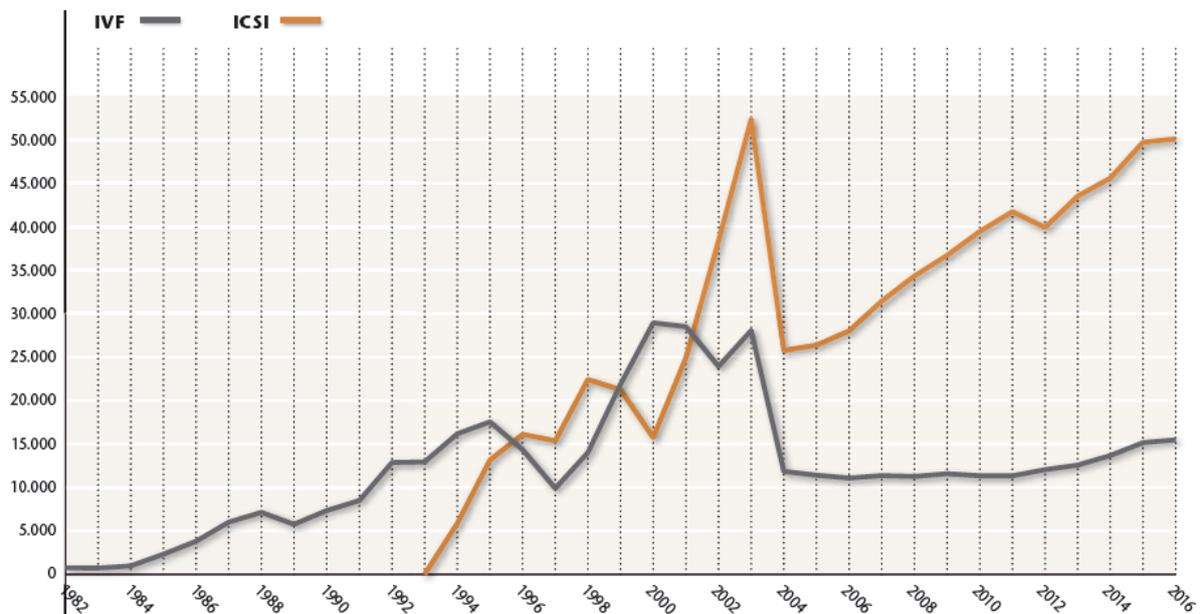
**Direktor: Univ.-Prof. Dr. med.  
H.-Chr. Friederich**  
Univ.-Prof. Dr. med. M. Franz  
Stellv. Institutsdirektor  
Tel.: (0211) 81-18855 (Sekretariat)

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. <a href="http://www.deutsches-ivf-register.de">www.deutsches-ivf-register.de</a>	23.936	28.058	11.848	Werte für 2005 – 2011 sh. <a href="http://www.deutsches-ivf-register.de">www.deutsches-ivf-register.de</a>	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
<b>Gesamt</b>	<b>742</b>	<b>3.806</b>	<b>7.343</b>		<b>62.306</b>	<b>80.434</b>	<b>37.633</b>		<b>51.958</b>	<b>56.092</b>	<b>59.280</b>	<b>64.831</b>	<b>65.587</b>

\*) 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).

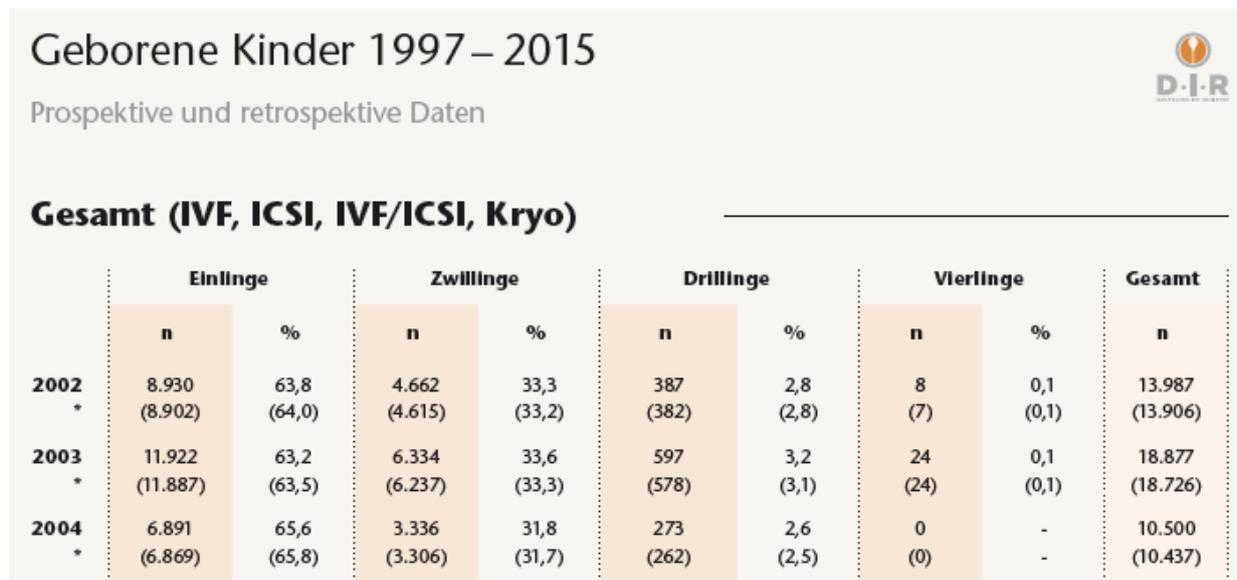


Abb. 2: Geborene Kinder nach IVF und ICSI pro Jahr anhand des D-I-R. Rückgang der geborenen Kinder von 18.877 in 2003 auf 10.500 in 2004. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)41

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

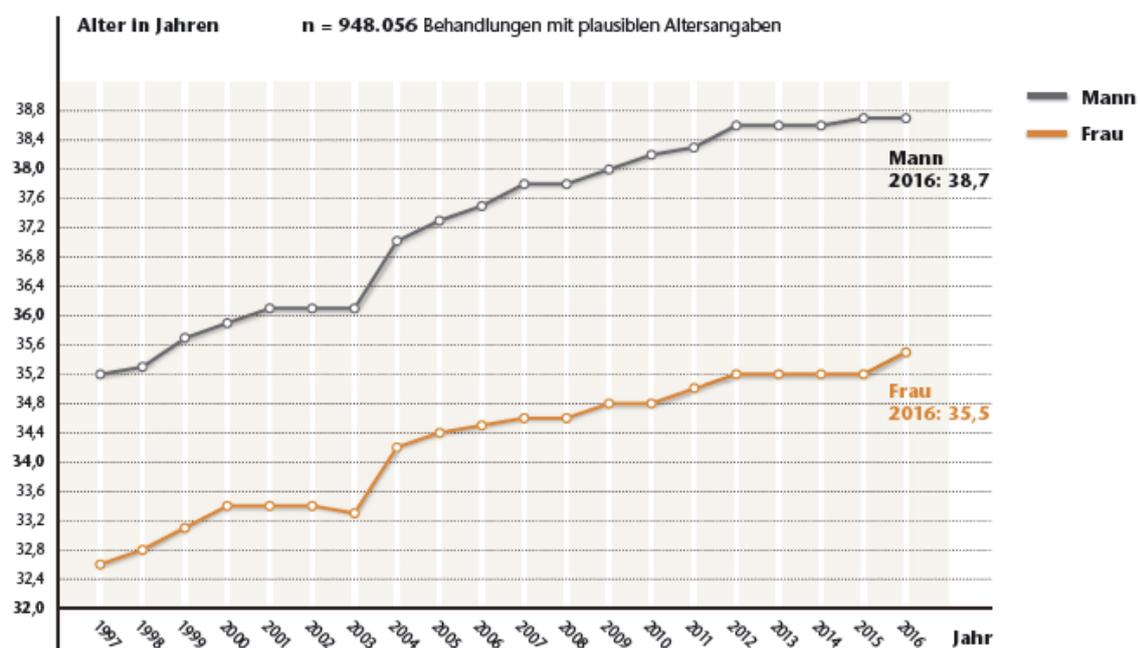


Abb. 3: Anstieg des durchschnittlichen Alters der Behandelten. Nach Inkrafttreten des GMG ist das Alter sprunghaft angestiegen. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)39

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.

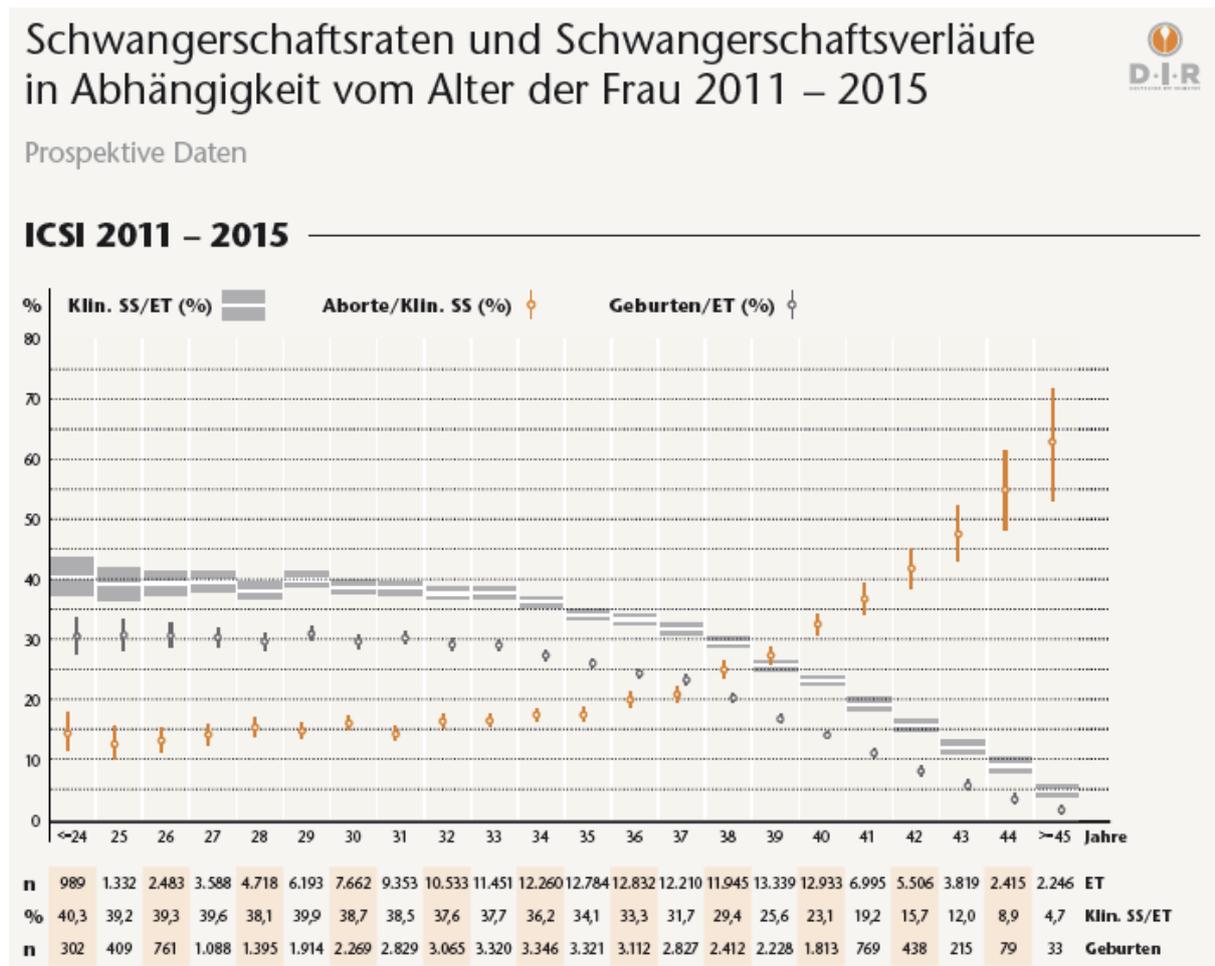


Abb. 4: Abnahme der Schwangerschaftswahrscheinlichkeit, Zunahme des Risikos einer Fehlgeburt und daraus resultierend Wahrscheinlichkeit einer Geburt abhängig vom Alter der Patientin. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017; 14(6)35

#### 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).

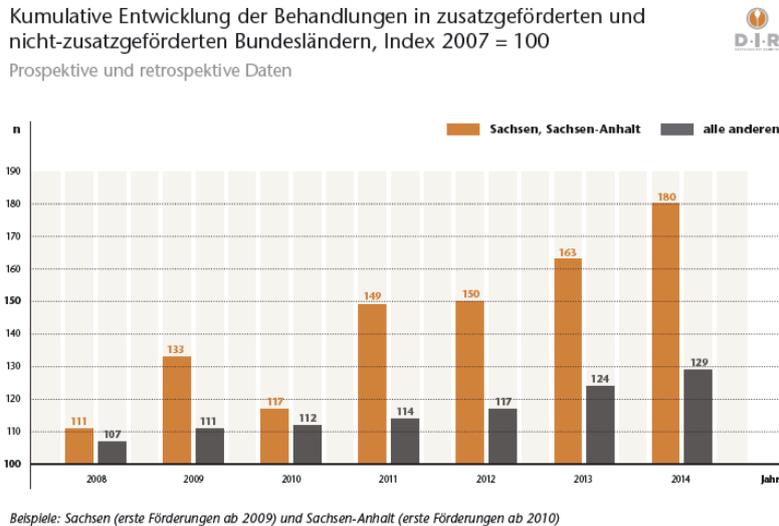


Abb. 5: Einfluss der Förderung auf die Steigerung der Behandlungszahlen. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2015: 12(6)40

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

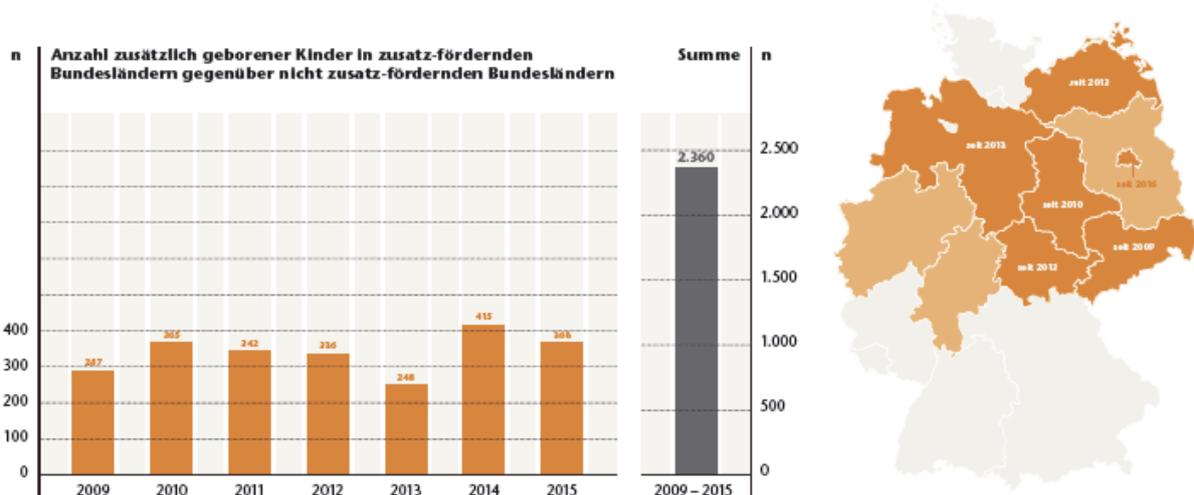


Abb. 6: Einfluss der Förderung auf die Steigerung der Anzahl geborener Kinder. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)14

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

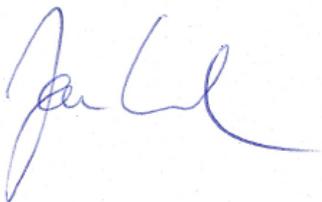
Weiterhin wäre eine Finanzierung der Kryokonservierungsbehandlungen ebenfalls eine wichtige Unterstützung der Betroffenen, wodurch sich nicht nur die Anzahl geborener Kinder steigern ließe, sondern auch und vor Allem die Anzahl der transferierten Embryonen gesenkt werden könnte.

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

## Vorstellung/Statement für Anhörung „Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern“ in Berlin

am 25.06.2018

### Vorstellung meiner Person:

Inge Landgraf, DONUM VITAE e.V. Bayern

Seit 1997 in der Schwangerenberatung, seit 2001 bei Donum Vitae

Seit 2003 mit dem Thema: psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch befasst

Seit 2004 Beratung bei Pränataler Diagnostik, mit Nähe zu PID und Kinderwunschberatung

2014 Ausbildung zur BKiD-Zertifizierten Kinderwunschberaterin

Die Schwangerenberatung umfasst viele Beratungsbereiche wie:

Prävention in Schulen und Jugendgruppen,

allgemeine Schwangerenberatung, in deren Beratungsfeld auch die Beratung bei Kinderwunsch gehört,

die nachgehende Beratung nach der Geburt eines Kindes, oder bei Verlusterfahrungen und

die Schwangerschaftskonfliktberatung

### Donum Vitae Leitlinien:

Das Beratungsangebot geht von der Würde jedes menschlichen Lebens aus, unabhängig von seiner Entstehungsgeschichte, seinem Entwicklungsstadium und unabhängig von Krankheit und Behinderung.

Die Beratung versteht sich als Ergänzung zur medizinischen Beratung und Behandlung. Sie nimmt die Anliegen der Menschen ernst.

Sie bietet Entlastung und Unterstützung.

Einfühlsame qualifizierte Beraterinnen sind in allen Phasen (vor dem Beginn einer Behandlung, während der Wartezeit, nach erfolglosem Versuch, vor einem nächsten Versuch, ob und wie es weitergehen soll, Abschied vom Kinderwunsch und Neuorientierung in ein Leben ohne leibliches Kind) des Kinderwunsches / der Behandlung für Frauen und Paare da. Sie beraten orientiert am christlichen Menschenbild im Rahmen gültiger Gesetze. Wir bieten eine vorurteilsfreie und einladende Gesprächsatmosphäre. Die Gespräche sind vertraulich, ergebnisoffen und setzen an den Bedürfnissen der Menschen an um tragfähige Entscheidungen und Perspektiven zu entwickeln.

## Ziel und Inhalt psychosozialer Beratung

Psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch ergänzt die medizinische Beratung und Behandlung zur Unterstützung und Entlastung der Betroffenen.

Das Leid und die Bewältigung einer schweren Lebenssituation stehen im Vordergrund der Beratung.

Die Themen werden von den Ratsuchenden bestimmt, es gibt keine Tabuthemen.

Beratung vor einer medizinischen Behandlung mit Informationen und der Meinungsbildung darüber wo die Betroffenen ihre Grenzen ziehen wollen.

Beratung nach einem missglückten Versuch in dem Trauer zugelassen werden kann, aber auch Hoffnung und Kraft geschöpft werden kann für einen möglichen weiteren Versuch.

Die Beratung soll eine Neuorientierung ermöglichen, die ein erfülltes Leben auch ohne eigene Kinder vorstellbar und lebenswert macht.

Die Beratung thematisiert den Umgang mit der Entstehungsgeschichte der Familie und der möglichen Auswirkungen.

In der Beratung wird gemeinsam nach Ressourcen gesucht um das Leben wieder in Fluss zu bringen.

## Erfahrungen aus der Beratungspraxis: ohne wissenschaftliche Belege

### **Wenn sich der ersehnte Nachwuchs nicht einstellen will ist das Leid groß!**

- ❖ Der Wunsch nach einem Kind kann übermächtige Dimensionen erreichen, der alles andere in den Hintergrund treten lässt.
- ❖ Die Sehnsucht nach einem Kind beziehungsweise der Wunsch nach einem Leben mit Kindern ist in allen sozialen Schichten vorhanden und gleichermaßen existenziell.
- ❖ Kinderwunschbehandlung ist alltagsbestimmend, mit vielen Terminen, die nicht immer mit dem Erwerbsleben vereinbar sind.
- ❖ Der Lebensfluss kommt ins Stocken, Entscheidungen werden von einer eingetretenen Schwangerschaft abhängig gemacht, Hobbies nicht mehr gepflegt.
- ❖ Kinderwunschbehandlung ist sehr kostspielig und ist für Paare mit niedrigem Einkommen oder SGB II Bezug nicht finanzierbar.
- ❖ Nachfragen nach einer Finanzierung. Auch Menschen mit geringem Einkommen haben den Wunsch Kinder zu bekommen, können sich aber oft selbst die 50% Zuzahlung nicht leisten. Die Schwangerenberatung hat dafür ebenfalls keine Mittel.
- ❖ Frauen über 40 Jahren mit Kinderwunsch müssen die Behandlung privat bezahlen.
- ❖ Sexualität nach Plan verliert ihre Spontanität oder findet nur noch selten statt.
- ❖ Die Tatsache, dass etwas im Leben nicht funktioniert führt zu Selbstwertverlust: ich bin keine vollwertige Frau, kein ganzer Mann...

- ❖ Die Achterbahn der Gefühle durch Hormonbehandlung, Hoffnung und Enttäuschung belastet die Paarbeziehung und das soziale Umfeld.
- ❖ Die soziale Spaltung wird auch in dieser Thematik deutlich.
- ❖ Provokativ: einkommensschwache Menschen sind nicht automatisch schlechte Eltern oder im Umkehrschluss: wohlhabend Menschen sind nicht automatisch die besseren Eltern.
- ❖ Der unerfüllte Kinderwunsch und die Behandlung sind in vielen Familien ein Tabuthema und macht es den Wunscheltern schwer in der Familie darüber zu reden.

## Fazit für die Betroffenen:

- Eine einheitliche und weitergehende finanzielle Unterstützung bei der Kinderwunschbehandlung ist im Sinne des Antrages der FDP unter II, 1. a. aus Sicht der Beratungspraxis sehr wünschenswert.  
Begründung: die Erfüllung des Wunsches nach einem Leben mit Kind/ern ist eines der wichtigsten Lebensziele von Menschen. Es sollte auch für Menschen mit geringerem Einkommen möglich sein diese tiefe Sehnsucht zu befrieden.
- Eine Anhebung der Altersgrenze wäre zu diskutieren - in Abwägung der medizinischen Risiken, die eine späte Schwangerschaft bedeutet - zumal es für viele Menschen schwieriger geworden ist eine tragfähige berufliche und finanzielle Basis für die Familiengründung in jüngeren Jahren zu schaffen.
- „Frauen und Männer haben ein Recht auf Beratung in allen eine Schwangerschaft betreffenden Fragen“ deshalb der Wunsch:  
Öffentlichkeitsarbeit: dass es psychosoziale Beratung und Begleitung zum Kinderwunsch in den staatl. anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen gibt, die kostenfrei ist.

DONUM VITAE in Bayern e.V.  
Luisenstraße 27  
80333 München  
Fon 089 51556770  
Fax 089 51556777  
www.donum-vitae-bayern.de  
info@donum-vitae-bayern.de  
Bank:  
Stadtsparkasse München  
BIC SSKMDEMXXX  
Spendenkonto:  
IBAN DE94 7015 0000 0000 1206 00  
Geschäftskonto:  
IBAN DE35 7015 0000 1005 0117 86  
Vereinsregister:  
Amtsgericht München: VR 16726

## 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

---

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

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

<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup> 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“).<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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.

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2017_Diskussion_Fortpflanzungsmedizin.PDF).

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Statistisches Bundesamt 2016. siehe: [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebendgeboreneBioAlter.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebendgeboreneBioAlter.html)

<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> 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

---

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

entstehen.<sup>10</sup> 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 Samenspenderegistergesetzes<sup>11</sup> zudem zu immer mehr Kontakten zwischen Samenspendern (und deren Familie) und so gezeugte Kindern/Erwachsenen (und deren Familie) kommen<sup>12</sup>. Es wird daher wichtig sein, für die Vorbereitung, Begleitung und wissenschaftliche Evaluation dieser Kontakte Strukturen zu schaffen.<sup>13</sup>

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 Wissen<sup>14</sup>. 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 ausreichend<sup>15</sup>), 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.<sup>14</sup>

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

---

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> 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](http://www.bkid.de/fileadmin/datensammlung/dateien/BMG_Spenderegister_2016_10_26.pdf)

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> 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.<sup>14</sup> 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.

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](http://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