

Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu  
Rechtsanwältin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**19(14)0045(2)**

gel. ESVe zur öAnh am 28.11.2018  
- Kostenübern. künstl. Befruchtung  
20.11.2018

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Herrn Erwin Rüdell, MdB  
Vorsitzender  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Tersteegenstr. 9  
40474 Düsseldorf

Mail: hirthammer@aekno.de  
Tel. +49 (0) 211/4302-2300  
Fax +49 (0) 211/4302-5300

Mein Zeichen:  
3059/18 H  
HSB/TWO  
(bitte immer angeben!)

Ihr Zeichen:  
PA 14 – 5410-30

Datum: 20.11.2018

**Einladung zur öffentlichen Anhörung für Verbände und Institutionen am  
28. November 2018**

**Stellungnahme zum**

**1. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialge-  
setzbuch zur Gleichstellung nichtehelicher Lebensgemeinschaften und  
lesbischer Paare bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstli-  
chen Befruchtung, BT-Drucksache 19/1832**

**2. Antrag der Abgeordneten Cornelia Möhring, Harald Weinberg, Katrin  
Wegner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.**

**Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen, BT-  
Drucksache 19/5548**

Sehr geehrter Herr Rüdell,

gerne nehme ich im Vorfeld der Anhörung sowohl zum Gesetzesentwurf der  
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN als auch zum Antrag der Abgeordneten  
Möhring, Weinberg, Werner u.a. und der Fraktion DIE LINKE vorab schriftlich  
Stellung.

**I. Allgemeine Bemerkungen**

Als langjähriges Mitglied der Ständigen Kommission für Fragen der In-Vitro-  
Fertilisation und des Embryotransfers bin ich dankbar dafür, dass die ärztlich  
assistierte Reproduktion auch im Deutschen Bundestag beraten wird. Die  
ärztlich assistierte Reproduktion als medizinische Hilfe zur Herbeiführung  
einer Schwangerschaft bei Vorliegen besonderer medizinischer Vorausset-

zungen wurde entwickelt, um bei Follikelreifungsstörungen, leichten Formen von männlichen Sterilitätsstörungen, nicht erfolgreichen hormonellen Stimulationsbehandlungen, somatischen Ursachen, idiopathischer Unfruchtbarkeit, Tubenverschluss oder tubarer Insuffizienz, schweren Formen männlicher Fertilitätsstörungen ärztlich unterstützt durch besondere Verfahren und Maßnahmen Paaren bei der Erfüllung ihres Kinderwunsches zu helfen. Relativ neu ist, dass medizinische Kinderwunschbehandlungen allen zugänglich gemacht werden sollen, die einen Kinderwunsch äußern, aber auf natürlichem Weg nicht schwanger werden können oder werden wollen. Die Kinderwunschbehandlung geht einher mit zum Teil aufwändigen, kostspieligen und risikobehafteten Verfahren, die es sowohl für die Mutter wie für die geplanten Kinder zu bedenken gilt.

Kinder sind zudem keine Ware, die man kaufen kann und keine Güter, auf die jedermann, der zahlt, einen Anspruch hat. Kinder entstehen ausschließlich aus Ei- und Samenzellen, die sich miteinander verbinden. Kinder werden nicht nur in ein soziales Umfeld hineingeboren, sondern auch in einen rechtlichen Kontext, den es bei der Diskussion um die Finanzierung reproduktionsmedizinischer Behandlungen zu berücksichtigen gilt. Nach derzeitigem Recht ist Mutter eines Kindes die Frau, die es geboren hat (§ 1591 BGB). Vater eines Kindes ist der Mann, der zum Zeitpunkt der Geburt mit der Mutter des Kindes verheiratet ist, die Vaterschaft anerkannt hat oder dessen Vaterschaft gerichtlich festgestellt wurde (§ 1592 BGB). Eine frei wählbare Eltern-Kind-Zuordnung gibt es (noch) nicht. Bei einem weiblichen homosexuellen Ehepaar kann rechtliche Mutter nur die gebärende Frau sein. Die Ehefrau der Mutter eines Kindes tritt nicht an die Stelle des rechtlichen Vaters.

Auch in einer heterosexuellen Partnerschaft gibt es für das Kind Regelungslücken, denn der intendierte Vater wird nur dann rechtlicher Vater des Kindes, wenn er die Vaterschaft mit Zustimmung der Mutter anerkennt. Erkennt der mit der Mutter nicht verheiratete Vater die Vaterschaft entgegen seiner ursprünglichen Zusage aber nicht an, so besteht trotz genetischer Verbindung keine Möglichkeit, ihn zum rechtlichen Vater eines sodann vaterlosen Kindes zu machen. Ebenso kann der Samenspender nicht aufgrund seiner genetischen Vaterschaft als rechtlicher Vater festgestellt werden (§ 1600 Abs. 4 BGB).

Aus dieser Gemengelage folgt für mich, dass die gesetzliche Festlegung der Elternschaft zwingend zu überarbeiten ist. Es bedarf einer grundlegenden Reform des Abstammungsrechts zur rechtlichen Eltern-Kind-Zuordnung eines Kindes. Das Abstammungsrecht hat eine große praktische Bedeutung, weil viele Rechtsfragen an die Eltern-Kind-Zuordnung anknüpfen wie z. B.

die elterliche Sorge (§§ 1626ff. BGB), das Namensrecht (§§ 1616ff. BGB), der Verwandtenunterhalt, insbesondere der Kindesunterhalt, Elternunterhalt (§§ 1601ff. BGB), das gesetzliche Erbrecht und das Pflichtteilsrecht (§§ 1924ff. BGB), die Rückzahlungspflicht vom Unterhaltsvorschuss (§ 5 UhVorschG) sowie der Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit eines Kindes nach der Staatsangehörigkeit oder dem Aufenthaltsstatus der rechtlichen Eltern (§ 4 StAG).

Neben die familienrechtlichen Fragestellungen treten weitere. Zwingend zu klären ist, ob nach den bestehenden Regelungen, insbesondere § 6 der Verordnung über die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung nach dem Transplantationsgesetz (TPG-Gewebeverordnung), die Kinderwunschbehandlungen bei weiblichen homosexuellen Paaren oder alleinstehenden Frauen überhaupt rechtlich zulässig sind. Nach Absatz 1 Satz 1 TPG-Gewebeverordnung ist es für die Verwendung von Keimzellen (Spermazellen) im Rahmen von Maßnahmen einer medizinisch unterstützten Befruchtung erforderlich, dass die Verwendung „medizinisch indiziert“ ist und der gesundheitliche Schutz der Empfängerin und des Kindes gewährleistet sind. Es stellt sich die Frage, ob die Verwendung von Spermazellen bei einer gesunden homosexuellen oder alleinstehenden Frau eine medizinische Indikation darstellt.

Wegen vermehrter Anfragen zur Zulässigkeit von Inseminationsbehandlungen bei weiblichen homosexuellen Paaren mit Kinderwunsch, hat sich die Ärztekammer Nordrhein vor wenigen Wochen an das Bundesministerium für Gesundheit gewandt und von dort die Auskunft erhalten, dass es dem fachlichen Urteil und der verantwortlichen Entscheidung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes im konkreten Einzelfall obliege die medizinische Indikation nach § 6 Abs. 1 S. 1 TPG-Gewebeverordnung festzustellen. Eine Begriffsbestimmung oder Legaldefinition für die „ärztliche Indikation“ sähe das TPG oder die TPG-Gewebeverordnung nicht vor, so das Gesundheitsministerium. Auch gäbe es keine spezialgesetzliche Regelung der Inseminationsbehandlung für einen bestimmten Personenkreis. Die Antwort kann nicht zufriedenstellen, weil sie Ärztinnen und Ärzten auferlegt, unter dem Merkmal der Indikation eine gesellschaftlich nicht gelöste Fragestellung zu beantworten, wenn es keine objektiv medizinische Indikation für die Frau gibt, die behandelt werden soll.

Eine meines Erachtens belastbare und verantwortungsvolle Antwort hat in diesem Kontext Österreich gefunden. Im dortigen Fortpflanzungsmedizingesetz wurde in § 2 geregelt, dass eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung zum einen nur in einer Ehe, einer eingetragenen Partnerschaft oder in einer

Lebensgemeinschaft zulässig ist und zum anderen, dass eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung nur zulässig ist, wenn

1. nach dem Stand der Wissenschaft und Erfahrung alle möglichen und den Ehegatten oder Lebensgefährten zumutbaren Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr erfolglos gewesen oder aussichtslos sind oder
2. ein Geschlechtsverkehr zu Herbeiführung einer Schwangerschaft den Ehegatten oder Lebensgefährten wegen einer ernsten Gefahr der Übertragung einer schweren Infektionskrankheit auf Dauer nicht zumutbar ist oder
3. eine Schwangerschaft bei einer von zwei miteinander in eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft lebenden Frauen herbeigeführt werden soll.

Das österreichische Gesetz spricht nicht von der medizinischen Indikation, es spricht ausdrücklich von der Zulassung einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen. Sofern eine Kinderwunschbehandlung in Deutschland ohne medizinische Indikation zulässig sein soll, dann bedarf es einer gesetzlichen Grundlage wie der aus Österreich.

## **II. Gesetzesentwurf BT-Drucksache 19/1832**

Unter der Prämisse des zuvor Gesagten erlaube ich mir zu dem Gesetzesentwurf folgende Anmerkungen. Der Gesetzesentwurf steht unter dem Fokus von Chancengleichheit und vermeintlicher Gerechtigkeit von Lebenspartnerschaften. Veränderte gesellschaftliche Lebensweisen sollen die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung begründen, Maßnahmen der assistierten Reproduktion als Leistungen der Krankenbehandlung zu finanzieren. Wenn es aber - zumindest teilweise - nicht um Krankenbehandlung geht, sondern um die Erstattungsfähigkeit von Leistungen für medizinisch nicht indizierte Leistungen (i.d.R. gibt es für die gesunde Frau, die in einer homosexuellen Ehe oder Lebenspartnerschaft lebt, keine medizinische Indikation), dann sollte dies ausformuliert werden. Für die Behandlung heterosexueller Paare ohne Trauschein sollte die Vorschrift erst geöffnet werden, wenn zugleich auch die abstammungsrechtlichen Rahmenbedingungen geändert werden. Nicht hilfreich wäre nach meiner Einschätzung zum jetzigen Zeitpunkt in § 27 a Abs. 1 Nr. 1 SGB V die Wörter „aus medizinischen Gründen“ einzufügen. Dies würde den derzeitigen Konflikt, Maßnahmen einer medizinisch unterstützten Befruchtung nur dann durchzuführen, wenn eine

medizinische Indikation vorliegt, nur verschärfen. Es sind bei homosexuellen Paaren gerade keine gesundheitlichen Gründe, die der Herbeiführung einer Schwangerschaft auf natürlichem Wege entgegenstehen, so wie dies derzeit in der Gesetzesbegründung zu Nr. 1 formuliert ist.

Zudem bedarf die Begründung zu Nr. 2 einer kritischen Anmerkung. Auch wenn das Sozialgericht Berlin-Brandenburg festgestellt hat, dass der Begriff der auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft den Anforderungen des Bestimmtheitsgebotes erfüllt, bleibt unklar, wer die auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft feststellt. Folgt man dem Wortlaut zur Gesetzesbegründung, dann ist es das betroffene Paar, das sich prüft, um festzustellen, ob ein umfassender Anspruch auf finanzielle Unterstützung besteht. Ein gesetzliches Merkmal muss aber objektiv nachprüfbar sein. Dies den Ärzten zu überlassen wäre nicht richtig, wenn Ärztinnen und Ärzten hierzu keine Hilfestellungen an die Hand gegeben werden. Es bedarf mindestens notarieller Erklärungen zur Übernahme von Pflichten. Dies sieht der Gesetzgeber jedoch nicht vor.

Im Übrigen verweise ich auf meine Stellungnahme zum Gesetzesentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 14.10.2015, BT-Drucksache 18/3279.

### III. Antrag

Der Antrag zahlreicher Abgeordneter sowie der Fraktion DIE LINKE beanstandet ebenfalls die Diskriminierung der Personen mit Kinderwunsch, die nicht in einer heterosexuellen Ehe miteinander verheiratet sind, und bezieht auch alleinstehende Frauen mit Kinderwunsch ein. Vollkommen unerwähnt bleibt die Benachteiligung der Kinder, deren rechtlicher und sozialer Schutz deutlich zurücksteht, wenn man dem Begehren folgen würde. Zwar ist den Ausführungen insoweit zuzustimmen, als nicht die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Ernsthaftigkeit der Beziehung überprüfen sollen, wie es die Richtlinie über die Gewährung zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion derzeit vorsieht, den aufgestellten Forderungen ist meines Erachtens aber kritisch zu begegnen. Zugangsbeschränkungen zur künstlichen Befruchtung sollten sich nicht über den Schutz der Solidargemeinschaft definieren, vielmehr über das Kindeswohl und die Rechte und Pflichten aller an der Entstehung von Kindern beteiligten Personen.

Abschließend erlaube ich mir Ihnen den in der FAZ – Natur und Wissenschaft am 10.10.2018 unter dem Titel „Das Risiko der Retortenkinder“ erschienen Bericht zur Kenntnis zu bringen (**Anlage**). Der Beitrag legt nahe,

sich auch mit den Risiken einer unter Umständen lebenslangen gesundheitlichen Benachteiligung der durch eine künstliche Befruchtung entstandenen Kinder zu befassen.

Mit freundlichen Grüßen



Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu



## Das Risiko der Retortenkinder

© Rainer Wohlfahrt

Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, ruht die Hoffnung vieler Paare auf künstlicher Befruchtung. Die damit verbundenen Gefahren für den Nachwuchs waren lange ein Tabu. Nun lassen sich die Hinweise nicht länger ignorieren. Von Martina Lenzen-Schulte

Vierzig Jahre nachdem das erste Retortenbaby der Welt in England geboren wurde – Louise Brown –, sieht sich die Reproduktionsmedizin mehr denn je massiver Kritik von anderen Fachdisziplinen ausgesetzt. Die jüngsten Vorwürfe entlarven eine Verleugnungsstrategie, der nach und nach die Argumente ausgehen: „Die Reproduktionsmediziner haben lange Zeit lieber den Kopf in den Sand gesteckt“, umschreibt der Herzspezialist Urs Scherrer vom Inselspital Bern den Sachverhalt. Er und andere Forschergruppen widmen sich Erkrankungen unter den künstlich gezeugten Kindern, die nun dank hartnäckiger Forschung erstmals richtig wahrgenommen werden. Sie werfen damit Fragen auf, die die Disziplin mehr als alles andere fürchtet. Denn im Kern geht es darum, ob die Manipulationen an der Eizelle, den Spermien und dem Embryo im Labor per se einen Schaden hervorrufen, ob also die künstliche Befruchtung als solche die Erkrankungen der Kinder mitverursacht. Das ist ein äußerst wunder Punkt, dessen bloße Erwähnung in der Vergangenheit stets massive Abwehrreaktionen hervorgerufen hat.

Die Reflexe waren immer die gleichen. Man erinnere sich nur, als bereits in der Frühphase der Reproduktionsmedizin auffiel, dass Retortenkinder überdurchschnittlich häufig mit Missbildungen zur Welt kamen, zum Beispiel mit

einem falsch liegenden, zu frühen Austritt der Harnröhre am Penis, mit Herzfehlern, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten oder ohne einen Darmausgang. Dass dies so war, ließ sich irgendwann nicht mehr abstreiten. Aber die Erklärung dafür lautete, dass Eltern, die nicht oder eingeschränkt zeugungsfähig sind, eben kränker sind als andere. Deshalb würden diese Kinder nun mal häufiger mit Defekten geboren. Oder man verwies darauf, die Mütter von künstlich gezeugten Kindern seien eben älter, auch dies trage dazu bei, dass deren Kinder nicht so gesund geboren würden wie ihre natürlich gezeugten Altersgenossen.

Bald waren auch einschlägige Studien zur Hand, um mögliche Vorwürfe zu entkräften. Ein Beispiel ist die Deutsche ICSI-Studie. Unter ICSI versteht man eine besonders eingreifende Befruchtung, bei der eine einzige Samenzelle in die Eizelle injiziert wird. Wegen gravierender methodischer Mängel dieser Studie zog das renommierte Mainzer Fehlbildungsregister von der Universitätskinderklinik seine Beteiligung an dieser Studie zurück. Gleichwohl fühlten sich die ICSI-Anwender in den Folgejahren darin bestärkt, die Eltern mit dem beruhigenden Fazit der Studie zu beschwichtigen: Die derzeitige Datenlage spreche dafür, dass sich die vermehrte Missbildungsrate mit der verminderten Fruchtbarkeit der Eltern erklären lasse. Ob die künstliche Befruchtung als solche damit etwas zu tun habe, sei unklar – so oder so ähnlich lauteten die unangreifbaren Formulierungen, die der Entlastung der Reproduktionsmedizin dienten. Die zwar nie so gefühllos geäußerte, aber letztlich darin enthaltene Botschaft war die folgende: Wer Kinder will, aber keine bekommen kann, muss die Risiken für die Defekte seiner Nachkommen bei sich selbst suchen, wir waren es jedenfalls nicht.

Zu denen, die echte wissenschaftliche Fakten liefern, wenn auch höchst beunruhigende, gehört die Arbeitsgruppe um Scherrer. In Bern begleiten die Forscher seit mehreren Jahren eine Gruppe von Teenagern und jungen Erwachsenen, von denen 15 mittels normaler In-vitro-Fertilisation (IVF) und 39 mittels ICSI gezeugt worden sind. Unter IVF versteht man eine künstliche Befruchtung, bei der die Eizelle von vielen Spermien umgeben ist und selbst aktiv – also ohne Assistenz mit einer Spritze wie bei ICSI – von einer dieser Samenzellen durchbohrt und befruchtet wird. Bereits vor Jahren beobachteten die Schweizer Forscher an den Kindern, dass mit diesen beiden künstlichen Befruchtungsverfahren eine verfrühte Alterung der Blutgefäße einhergeht. Dies hat sich nun verschlimmert, wie die jüngste Auswertung belegt. Die Blutdruckmessung bei den völlig gesund wirkenden IVF- oder ICSI-Kindern zeigt, dass ihr Risiko für einen Bluthochdruck um das sechsfache höher liegt als in der Kontrollgruppe der natürlich gezeugten Studienteilnehmer („JACC“ Bd. 72 , S.



1267). „Hochdruck in diesem Alter ist eine ernste Diagnose“, so Scherrer. „Wir können somit belegen, dass die von uns schon früher festgestellten Symptome einer vorzeitigen Gefäßalterung tatsächlich krank machen“, bekräftigt er.



**Eizellen werden in einer Kinderwunschpraxis von einer Biologin präpariert:** Unter In-vitro-Fertilisation versteht man eine künstliche Befruchtung, bei der die Eizelle von vielen Spermien umgeben ist und selbst aktiv – also ohne Assistenz mit einer Spritze wie bei ICSI – von einer dieser Samenzellen durchbohrt und befruchtet wird.

Seine Beobachtungen lassen sich nicht beschönigen. Zwar ist bekannt, dass andere Faktoren, Frühgeburten zum Beispiel, ebenfalls gehäuft mit einem überhöhten Blutdruck einhergehen. Aber die in der Schweiz untersuchten Probanden stammen aus einem Kollektiv, bei dem solche Risikofaktoren ausgeschlossen wurden. „Es ist plausibel anzunehmen, dass die zu schnell alternden Gefäße irgendetwas mit der künstlichen Befruchtung zu tun haben“, so das Fazit von Scherrer, mit dem er nicht alleinsteht. Laut einer Veröffentlichung von britischen Wissenschaftlern um den Embryologen Tom Fleming in der Fachzeitschrift „Lancet“ ist es unwahrscheinlich anzunehmen, dass die Fragilität der Blutgefäße, aber auch bereits erkennbare Schwachstellen im Zuckerstoffwechsel bei den Retortenkindern auf das Konto der Eltern gehen (Bd. 391, S. 1842). Nicht nur genetische Veränderungen, die man bei ihnen findet und die zu den beobachteten Schwächen passen, lassen dies vermuten. Man weiß auch, dass bei den Kindern jener Frauen mit verminderter Fruchtbarkeit, die sich

zunächst in der Kinderwunschsprechstunde vorstellten, dann aber doch natürlich schwanger wurden, solche Defekte nicht so häufig vorkommen. Und schließlich belegen Beobachtungen an vollkommen gesunden, fruchtbaren Tieren, dass deren künstlich gezeugte Nachkommen ebenfalls vermehrt an Bluthochdruck leiden und frühe Anzeichen für einen Diabetes entwickeln.

Mehrere Experten spekulieren infolgedessen darüber, ob neben den mechanischen Manipulationen, die an den Keimzellen und am Embryo vorgenommen werden, womöglich die Nähr- und Aufzuchtmedien eine der Ursachen für die sich häufenden Erkrankungen sein könnten. Bei diesen Medien handelt es sich um eine in jeder Hinsicht undurchsichtige, trübe Brühe. Bei den kommerziell vertriebenen Kulturmedien für reproduktionsmedizinische Labore fehle es an Transparenz, räumten denn auch Wissenschaftler einer Arbeitsgruppe der Europäischen Vereinigung der Reproduktionsmediziner, der ESHRE, bereits vor zwei Jahren ein, man müsse das Problem endlich ernst nehmen, lautet der Appell („Human Reproduction“ Bd. 31; S. 2174). Das heißt im Klartext: Weder die Ärzte, geschweige denn die Eltern wissen wirklich, worin ihre Embryonen in den ersten Lebenstagen eigentlich schwimmen und was dies womöglich für Folgen hat. Nur, was wird tatsächlich unternommen, um dies zu ändern, warum laufen die Geschäfte mit den vorgefertigten Nährmedien weiter?

Als vor zwei Jahren in dieser Zeitung erstmals über die – damals noch nicht so dramatischen – Resultate der Berner Forschungsgruppe berichtet wurde, fühlte sie sich von Seiten der Reproduktionsmedizin bis dahin weitgehend ignoriert. Seither lädt man Scherrer immerhin zu den Kongressen der Zunft ein. Praktische Konsequenzen zeitigt dies gleichwohl bisher nicht. „Eigentlich müsste längst bei jeder Krankengeschichte auch die Information erhoben werden, wie ein Kind gezeugt wurde“, verlangt der Kardiologe. Nur so könnten Kinderärzte und andere Spezialisten frühzeitig dafür sorgen, dass die bei einigen der Kinder unvermeidlich gegebenen Handicaps sich nicht langfristig zu schwerwiegenden Erkrankungen entwickelten. Gezieltes Vorbeugen ist nur möglich, wenn der Arzt um die Risiken weiß. Zudem lässt sich nur durch einen systematischen Abgleich von Erkrankungen mit dem Zeugungsmodus erkennen, was den Kindern im Laufe des Alterwerdens noch alles droht und woran es womöglich gelegen hat.

Trotzdem versuchen sich andere weiter im Appeasement. Ebenfalls in diesem Sommer hat eine schwedische Gruppe eine Vergleichsstudie veröffentlicht, die die Schulleistungen von neun Jahre alten Kindern nach künstlicher Befruchtung und diejenigen ihrer natürlich gezeugten Altersgenossen zum Gegenstand hatte

(„Human Reproduction“ Bd. 27, S. 303). Zunächst ergab die Grobanalyse, dass die Retortenkinder besser abschnitten. So formulierte man auch das Hauptresultat, das nun zitiert und den Kinderwunschpaaren präsentiert werden kann. Die Forscher räumen indes selbst ein – jedoch lediglich ergänzend zur ersten Aussage –, dass eigentlich die natürlich gezeugten Kinder bessere Leistungen erzielten, wenn man ihre schlechtere Ausgangsposition in Betracht zieht und die Ergebnisse danach berechnet. Die Retortenkinder stellten nämlich eine ausgesucht günstige Gruppe dar, ihre Mütter rauchten nur halb so oft in der Schwangerschaft, ihre Eltern waren deutlich besser ausgebildet und verfügten über weitaus mehr Geld – alles Faktoren, die sich bekanntermaßen in einer erfolgreicherer Schulkarriere niederschlagen. Eigentlich hätte die Botschaft lauten können: Retortenkinder, und hier besonders die Mädchen, bleiben in ihren Schulleistungen erkennbar unter den Möglichkeiten ihrer sozioökonomischen Klasse, aber eine solche Schlagzeile ist verständlicherweise unerwünscht.

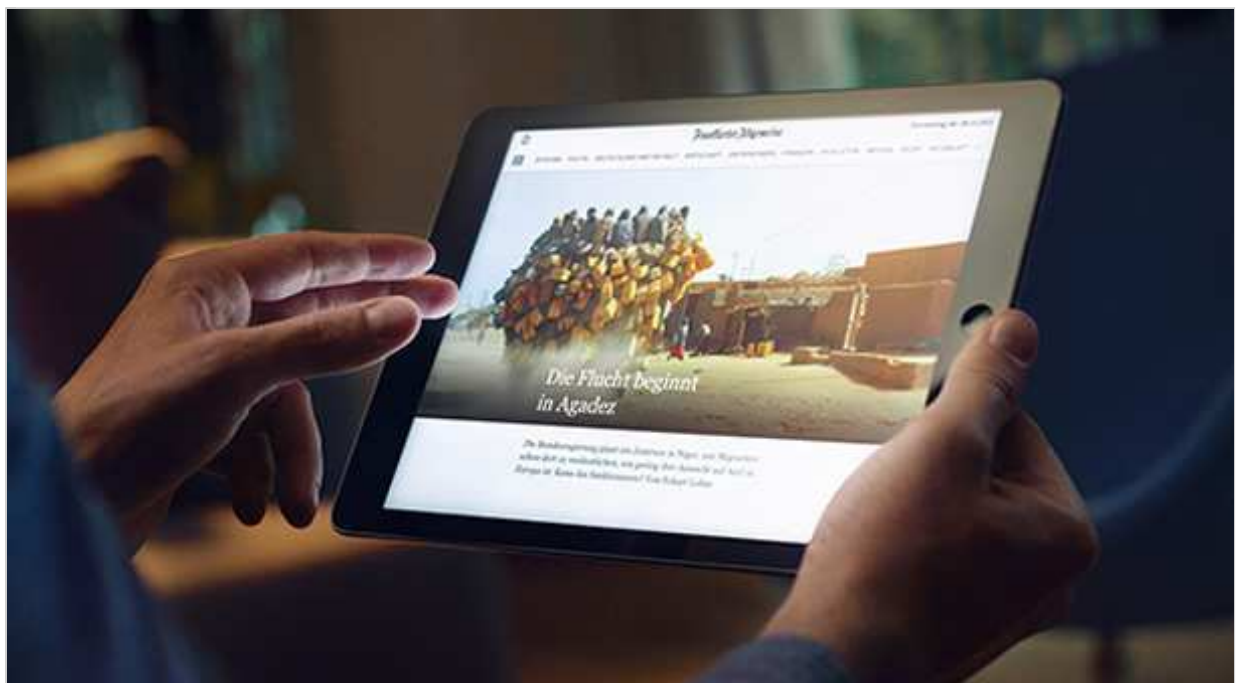
Erst vor wenigen Wochen zweifelte ein internationales Expertenteam im BJOG, einem der weltbesten Journale für Geburtshilfe, daran, ob Reproduktionsmedizin wirklich als Wissenschaft oder eher als Kunst betrieben werde: „Still more ART than science?“ – in Anspielung auf das üblicherweise verwendete Kürzel ART oder assisted reproductive technologies (DOI: 10.1111.1471-0528.15409). Das ist in Zeiten der evidenzbasierten Medizin so etwa das Despektierlichste, das man einem Fach bescheinigen kann. Kritisiert wird überdies, dass man sich nicht an die offiziellen Empfehlungen der zuständigen Fachgesellschaften hält. Oftmals würde viel zu früh eine nicht notwendige, eingreifende Therapie initiiert. So ist zum Beispiel völlig unstrittig, dass eine ICSI längst nicht bei jeder künstlichen Befruchtung angebracht ist, sondern nur, wenn die Unfruchtbarkeit beim Mann liegt. Gleichwohl gibt es Länder, die ICSI bei fast 100 Prozent der Behandlungen anwenden, weil sie deutlich mehr Geld bringt, mitunter ein Plus von mehreren tausend Euro. Die Kliniken und Praxen machen sich meist nicht einmal die Mühe, den Grund für eine ICSI anzugeben, sie setzen sich schlicht über eine solche Anforderung hinweg.

Außerdem sind viele Männer und Frauen, die eine Kinderwunschpraxis aufsuchen, nur vermeintlich unfruchtbar, sie können auch ohne Hilfe Kinder bekommen. Im Rahmen einer künstlichen Befruchtung setzen sie diese unnötigerweise den Risiken einer Laborzeugung aus. Bei rund der Hälfte der Paare mit dem Label „infertil“, so heißt es in dem Fachjournal, kündige sich im Laufe von einem Jahr nach der „Diagnose“ der Nachwuchs an. Das sind just diejenigen Eltern, die auch bei einer künstlichen Befruchtung die besten Chancen

auf Nachwuchs haben. Infolgedessen sind die scheinbar unfruchtbaren Paare die liebsten Kandidaten der Fertilitätskliniken für eine Laborzeugung, denn mit ihren guten Erfolgsaussichten schönen sie die Statistiken. Die wenig schmeichelhaften Schlussfolgerungen des BJOG-Artikels überraschen letztlich nicht. Die Autoren werfen ihren Kollegen vor, mit der Forderung nach einem „Recht auf Ausprobieren“, ihren potentiellen Kunden einen Bärendienst zu erweisen. Sie böten einer äußerst verletzlichen Klientel – Kinderwunschpaare leben am Rande des Nervenzusammenbruchs – Therapien an, die auf Spekulation basierten. Es sei mitnichten klar, ob dies irgendjemandem Vorteile brächte außer denen, die sie verkauften.

---

**ANZEIGE**



Dieser Artikel kommt aus der F.A.Z.

Die ganze F.A.Z. als digitale Ausgabe. Jetzt gratis testen.

[Mehr erfahren](#)



Impressum  
Datenschutz

