

Schattenbericht

zum 6. Staatenbericht der Bundesregierung Deutschland, 2007
Zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur
Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau
(CEDAW)

Erstellt von:

WUNSCHKIND e.V.

Wunschkind e.V. ist ein Verein für Fragen ungewollter Kinderlosigkeit.

Autoren:

Beate Turner
Gaby Ziegler

Englische Übersetzung:

Eva Kristina Bee
Ulrike Schröder
Anke Thim
Andrea B. Reuter
Stefanie Kast

Kontakt:

Wunschkind e.V.
Gaby Ziegler
Fehrbelliner Straße 92
10119 Berlin
Fon und Fax: +49 180 - 500 21 66
g.ziegler@wunschkind.de

Datum:

12. Oktober 2008

Schattenbericht

zum 6. Staatenbericht der Bundesregierung Deutschland, 2007
Zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur
Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau
(CEDAW)

Fragen an die Bundesregierung

Frage 1: Was wird die Bundesregierung tun, um zukünftig allen ungewollt kinderlosen Paaren unabhängig von ihren persönlichen Finanzen und unabhängig von ihrer Diagnose und ihrem Familienstand den Zugang zu reproduktionsmedizinischen Maßnahmen zu ermöglichen? Wann wird dies geschehen?

Frage 2: Wann wird die Bundesregierung das Embryonenschutzgesetz von 1990 durch ein zeitgemäßes Embryonenschutzgesetz bzw. durch ein Fortpflanzungsmedizingesetz ersetzen, das den neu hinzu gekommenen wissenschaftlichen Erkenntnissen gerecht wird und Verfahren, wie die Weiterkultivierung von mehr als 3 Embryonen und die Präimplantationsdiagnostik bei besonders schweren Erbkrankheiten zulässt? Wann wird die Bundesregierung Verfahren wie die Eizellspende und die Embryonenspende in Deutschland zulassen?

Frage 3: Mit welchen Maßnahmen wird die Bundesregierung ungewollt kinderlosen Paaren zukünftig optimale Behandlungsbedingungen mit einer ausreichenden Diagnostik und weitgehender Verhinderung unnötiger Behandlungen gewährleisten?

Frage 4: In welcher Weise will die Bundesregierung zukünftig ungewollter Kinderlosigkeit vorbeugen?

Frage 5: Was wird die Bundesregierung tun, um zukünftig berufstätigen ungewollt kinderlosen Frauen die Vereinbarkeit zwischen ihrer beruflichen Tätigkeit und ihrer reproduktionsmedizinischen Behandlung zu gewährleisten?

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4	
<u>I. Kommentierung des 6. Staatenberichtes der Bundesregierung Deutschland</u>		
Teil A Staatenbericht; I. (Gleichstellungspolitik)	5	
Teil A Staatenbericht; II. (Bestimmungen des Übereinkommens und Umsetzung)	5	
 <u>II. Artikel 16 CEDAW</u>		
1. Einleitung		
1.1. weitere Gesetze, die das Recht auf Familiengründung festschreiben	15	
1.2. Gesetze der Bundesrepublik Deutschland, die dem Recht auf Familiengründung entgegenstehen	16	
2. Das Embryonenschutzgesetz		18
2.1. Die Problematik der Eizellspende	18	
2.2. Die Problematik der Embryonenspende	20	
2.3. Die Problematik der Präimplantationsdiagnostik (PID)	21	
2.4. Die Problematik des Verbots der Weiterkultivierung von mehr als 3 Embryonen	25	
2.5. Zusammenfassung der Verbesserungs- / Lösungsvorschläge	26	
3. Das Sozialgesetzbuch		27
3.1. Paare, die aufgrund der Unfruchtbarkeit des Mannes eine Behandlung mit Spendersamen durchführen lassen.	27	
3.2. Paare, die aufgrund fehlender entwicklungsfähiger Eizellen bei der Frau versuchen, eine Schwangerschaft mit Spenderinneneizellen herbei zu führen.	28	
3.3. Paare, die aufgrund fehlender entwicklungsfähiger Eizellen bei der Frau allein oder in Kombination auch aufgrund der Unfruchtbarkeit des Mannes versuchen, einen gespendeten Embryo auszutragen.	28	
3.4. Paare, die ein anderes in Deutschland verbotenes Verfahren zur Herbeiführung einer Schwangerschaft anwenden (PID, sowie Weiterentwicklung von mehr als 3 Embryonen	29	
3.5. lesbische Paare	29	

3.6. unverheiratete Paare	30
3.7. Paare, die nicht den vorgeschriebenen Altersgrenzen entsprechen	30
3.8. Paare, bei denen einer der Partner HIV positiv ist	30
3.9. Die Problematik der Kostenübernahme von nur 50% für 3 Versuche	31
3.10. Verbesserungs- / Lösungsvorschläge	32

III. Artikel 11 CEDAW

4. Diskriminierung von ungewollt kinderlosen Paaren in reproduktionsmedizinischer Behandlung im Berufsleben	34
4.1. Verfahrenstechnische Notwendigkeiten	34
4.2. Auswirkungen auf den Beruf	35
4.3. Auswirkungen in speziellen Berufen	36
4.4. Benachteiligung von Frauen in Schwangerschaft und Mutterschutz	37
4.5. Verbesserungs- / Lösungsvorschläge	37

IV. Artikel 12 CEDAW

5. Kritik an Gesundheitsdiensten zur Erhaltung der Fruchtbarkeit und an Gesundheitsdiensten im Zusammenhang mit reproduktions- medizinischen Behandlungen	39
5.1. Gesundheitsdienste zur Erhaltung der Fruchtbarkeit	39
5.2. Verbesserungs- / Lösungsvorschläge	40
5.3. Gesundheitsdienste im Zusammenhang mit reproduktionsmedizinischen Behandlungen	41
5.4. Verbesserungs- / Lösungsvorschläge	43
Schlussbemerkungen	46

Vorwort

Wir danken dem Deutschen Institut für Menschenrechte für die Einladung, sich an der Schattenberichterstellung zu CEDAW zu beteiligen. Wir danken der Koordinationsleitung der Arbeitsgruppe zur Erstellung der Schattenberichte, insbesondere Frau Marion Böker, Frau Henny Engels vom Deutschen Frauenrat, Frau Katrin Adams vom KOK und Frau Renate Rampf vom LSVD für die Bereitstellung von Informationen, die uns ermöglichten, unseren Bericht entsprechend den Vorschriften und rechtzeitig zu den notwendigen Terminen zu erstellen.

Wir danken den Frauen im Internet Kinderwunschforum www.wunschkind.net und www.klein-putz.de, sowie den Mitgliedern von Wunschkind e.V. für die Schilderung ihrer ganz persönlichen Erfahrungen auf dem Weg zu ihrem Wunschkind. Die Kommunikation mit betroffenen ungewollt kinderlosen Paaren oder auch ehemals ungewollt kinderlosen Paaren war eine wichtige Voraussetzung, um hier ein realistisches Abbild der Situation dieser Paare und insbesondere dieser Frauen in Deutschland zu zeichnen.

Ein herzlicher Dank geht auch an Doktor Elmar Breitbach, Reproduktionsmediziner und Betreiber des Internetforums www.wunschkind.net, für seine fachkompetente Korrektur der Kapitel 5.3. und 5.4. „Gesundheitsdienste im Zusammenhang mit reproduktionsmedizinischen Behandlungen“.

Dieser Bericht ist das Resultat von zahlreichen Stunden, Wochen, Monaten und Jahren Rechercharbeit, sowie von zahlreichen Gesprächen und Schriftwechseln mit ungewollt kinderlosen Paaren, die von dem Land, in dem sie leben, der Bundesrepublik Deutschland, auf ihrem Weg zum Wunschkind im Stich gelassen wurden.

I. Kommentierung des 6. Staatenberichtes der Bundesregierung Deutschland

Teil A Staatenbericht; I. (Gleichstellungspolitik)

Zitat: „Es geht um gleiche Chancen von Frauen und Männern mit und ohne Kinder, in allen Altersstufen und Lebensphasen ebenso wie in besonderen Lebenssituationen.“

Das sollte auch die besondere Lebenssituation „ungewollte Kinderlosigkeit“ mit beinhalten. Auf Seite 5 - 7 des Staatenberichtes werden einige besondere Lebenssituationen von Frauen thematisiert. Das Thema „ungewollte Kinderlosigkeit“ fehlt hier.

Unter dem Punkt „Gleichstellungspolitik als Erfolgsstrategie“ auf S. 7 ist von einer „Unterstützung in frauentypischen Notlagen“ die Rede. Im ganzen Dokument wird aber nicht auf die frauentypische Notlage der ungewollten Kinderlosigkeit eingegangen. Dazu ist zu sagen, dass zwar auch Männer unter ungewollter Kinderlosigkeit leiden, dass aber im Schnitt der Bevölkerung Frauen wesentlich stärker darunter leiden. Bei Frauen ist eine ungewollte Kinderlosigkeit auch nicht ausschließlich - wie beim Mann - damit verbunden, dass es kein Kind gibt, an das die Gene weiter gegeben wurden und dass Mann bzw. Frau nicht Vater bzw. Mutter eines Kindes sein kann, sondern bei Frauen ist dieser Umstand auch mit dem Fehlen des Erlebens einer Schwangerschaft verbunden. Fortpflanzung ist ein elementares Lebensbedürfnis. Daher ist bei fehlender Fortpflanzungsmöglichkeit und bei einem ausgeprägten Kinderwunsch auch von einer Notlage zu sprechen.

Der Punkt „Nationale und Internationale Kooperation“ spricht die Verfasserinnen sehr an. Denn auch ungewollt kinderlose Frauen sind eine „besonders benachteiligte Frauengruppe“, wünschen sich „Chancengleichheit“ und gehören zur „Vielfalt von Männern und Frauen“. Da jedoch diese besondere Gruppe von der Politik der Bundesregierung zur Chancengleichheit nahezu ausgeschlossen ist, sollte die Bundesregierung auch so ehrlich sein und dies in ihrem Bericht dokumentieren.

Unter dem Punkt „Lebensbedingungen von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland“ sind Untersuchungen und Statistiken zu dem Thema angegeben. Nach näherer Untersuchung dieser Dokumente muss festgestellt werden, dass sich diese nicht mit dem Thema der ungewollten Kinderlosigkeit befassen.

Teil A Staatenbericht; II. (Bestimmungen des Übereinkommens und Umsetzung)

Artikel 1: Begriff der „Diskriminierung“

Die Bundesregierung bezieht sich hier auf das Ziel des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG), Benachteiligungen aus Gründen u.a. ethnischer Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu beseitigen.

Da Fortpflanzungsbehinderung auch eine Behinderung ist, sollten auch fortpflanzungsbehinderte Menschen das Recht haben, nicht diskriminiert zu werden. Zumindest könnte die Benachteiligung ungewollt Kinderloser oder spezieller ungewollt Kinderloser den unmittelbaren Beeinträchtigungen zugeordnet werden, genauso, wie die Bundesregierung eine ungünstigere Behandlung einer Frau wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft den unmittelbaren Beeinträchtigungen zuordnet.

Eine Benachteiligung spezieller ungewollt Kinderloser liegt zum Beispiel vor, wenn sie ihre Behandlungskosten zu 100% selbst tragen müssen, obwohl andere ungewollt Kinderlose mit anderer Diagnose und gleichen Erfolgsaussichten für die gleiche Leistung einen Teil ihrer Kosten von ihrer Krankenkasse erstattet bekommen. Das ist deshalb der Fall, weil

1. ungewollt kinderlose Paare, die wegen der Unfruchtbarkeit des Mannes auf eine Fremdsamenspende angewiesen sind, ihre Kosten allein tragen müssen. In besonderer Weise wird das sichtbar, wenn man bedenkt, dass z.B. eine Frau mit verschlossenen Eileitern, die nur mittels einer In Vitro Fertilisation (IVF) schwanger werden kann, ihre Behandlungen von der GKV nur dann zu 50% erstattet bekommt, wenn sie mit einem fortpflanzungsfähigen Mann verheiratet ist. Wenn die gleiche Frau mit verschlossenen Eileitern einen fortpflanzungsunfähigen Mann hat und sich das Paar in diesem Fall aufgrund fehlender Alternativen für eine IVF mit Spendersamen entschieden hat, bleibt die Frau bzw. das Paar auf ihren Behandlungskosten allein sitzen. Das Gleiche gilt für lesbische Frauen. Mal abgesehen von der Tatsache, dass lesbische Frauen aufgrund der gesetzlichen Situation in Deutschland nicht einmal reproduktionsmedizinisch behandelt werden, bekommen diese Frauen auch dann, wenn sie selbst ein fortpflanzungsmedizinisches Problem haben, ihre Behandlungskosten in keiner Weise erstattet.

2. Wenn einer der beiden Partner unter 25 ist oder die Frau über 40 bzw. der Mann über 50, so ist das Paar von der Kostenerstattung ausgeschlossen. Hier handelt es sich um eine Benachteiligung aufgrund des Alters. Zwar ist es in der Tat einzusehen, dass die Behandlung von Menschen, die aufgrund ihres Alters fortpflanzungsunfähig sind, nicht ohne Grenzen von der Solidargemeinschaft getragen werden kann. Jedoch kann das nicht für unter 25-jährige volljährige Menschen zutreffen und auch nicht für solche Konstellationen, wo z.B. eine Frau unter 40 Jahren mit verschlossenen Eileitern und fortpflanzungsfähigem Partner über 50 ihre Behandlung allein bezahlen muss. Das Gegenstück dazu wäre ein Paar mit einem Mann unter 50 und einem schlechten Spermogramm und einer Frau Anfang 40 und relativ guten Erfolgsaussichten.¹ Auch hier würde die Kasse nicht zahlen, obwohl die Ursache für die notwendige reproduktionsmedizinische Behandlung nicht bei dem Partner liegt, der die Altersgrenze überschritten hat.

3. Auch die Nichtleistungen der GKV bei Eizell- und Embryonenspende fallen unter diesen Punkt. Die Frau mit den verschlossenen Eileitern und fruchtbarem Mann bekommt ihre Behandlungskosten zum Teil erstattet, die Frau mit entwicklungsunfähigen Eizellen und fruchtbarem Mann bekommt ihre Behandlungskosten nicht erstattet.

4. Der Ausschluss von HIV-Positiven von der Kostenübernahme bei Kinderwunschbehandlungen ist nicht nur eine Diskriminierung aufgrund einer bestehenden weiteren Behinderung, sondern zudem noch gefährlich, da solche Paare in dem Fall, dass sie nicht selbst über die finanziellen Mittel zur Kinderwunschbehandlung verfügen (was aufgrund der besonderen Situation dieser Menschen meistens der Fall ist), dazu genötigt werden, es auf dem natürlichen Weg zu versuchen und damit ein höheres Ansteckungsrisiko in Kauf zu nehmen.

Im Falle der Eizellspende, Embryonenspende und im Falle lesbischer Frauen besteht die Diskriminierung nicht nur aufgrund des Ausschlusses von der Kostenübernahme der GKV,

¹ Zum Beispiel wurde bei genügend antralen Follikeln am Tag 3, AMH im Normalbereich und Inhibin > 10 auch bei über 40-jährigen Frauen eine Schwangerschaftsrate > 15% festgestellt; Aussage von Prof. Brähler - Vorsitzender des Deutschen IVF Registers (D.I.R.)

sondern auch aufgrund des Verbots der Kinderwunschbehandlung und der Nötigung dieser Menschen, sich im Ausland behandeln zu lassen.

Ebenfalls von Bedeutung ist die Abschaffung von Benachteiligungen aus Gründen der Religion oder Weltanschauung. Dies deshalb, weil eine wichtige Ursache für die unzureichende Unterstützung ungewollt Kinderloser in unserem Land und für die Barrierestellung insbesondere durch das Embryonenschutzgesetz in der grundgesetzwidrigen Einmischung christlich-religiöser Strömungen in die Gesetzgebung unseres Staates zu suchen ist. Insbesondere definiert unser Gesetzgeber den Zeitpunkt des Beginns des Menschseins ganz in Übereinstimmung mit der Auffassung der christlichen Kirchen, das Menschsein würde exakt zu dem Zeitpunkt beginnen, wo die beiden Vorkerne von Ei- und Samenzelle miteinander verschmolzen sind.² In anderen Religionen wird das anders gesehen.³ Auch Atheisten haben verschiedene Auffassungen dazu. Das deutsche Embryonenschutzgesetz zwingt aber alle Paare, die sich in Deutschland in eine reproduktionsmedizinische Behandlung begeben, diese auch entgegen ihrer eigenen Weltanschauung oder Religion so hinzunehmen, dass sie einzig den christlichen Wertvorstellungen entsprechen.

Artikel 2

2.1 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG); S. 9

Die Bundesregierung schreibt hier: „Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft dürfen nicht mehr zu unterschiedlichen Prämien [bei Privatversicherungen] führen.“

Die Verfasserinnen meinen, zu diesem Punkt gehören auch Kosten im Zusammenhang mit reproduktionsmedizinischen Leistungen. Realität ist, dass jemand, bei dem Probleme mit der Fortpflanzung festgestellt wurden, dies beim Eintritt in eine PKV angeben muss. Tut er dies nicht, ist er von Kostenerstattungen bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen ausgeschlossen. Benennt er bzw. sie das Fortpflanzungsproblem, so kann die PKV die Aufnahme ablehnen oder zu einem höheren Satz versichern. Ähnliches gilt für Krankentagegeldversicherungen für Selbständige, die eine Versicherung für Ausfallzeiten durch reproduktionsmedizinische Behandlungen ausschließen.

Laut AGG soll eine Benachteiligung von Frauen wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft ausgeschlossen sein. Jedoch ist im AGG nicht die Benachteiligung von Frauen aufgrund einer geplanten oder zu erwartenden Schwangerschaft ausgeschlossen. Das führt in der Realität insbesondere zu Benachteiligungen von jungen Frauen am Arbeitsplatz. Begibt sich eine Frau im fortpflanzungsfähigen Alter in eine feste Partnerschaft oder heiratet, muss ein Arbeitgeber mit dem vorübergehenden Verlust dieser Mitarbeiterin durch Schwangerschaft

² Kreß, Hartmut (2005): Sicht protestantischer Ethik. In: Fuat S. Oduncu/ Katrin Platzer/ Wolfram Henn (Hg.), Der Zugriff auf den Embryo. Ethische, rechtliche und kulturvergleichende Aspekte der Reproduktionsmedizin, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S: 77

³ siehe dazu z.B.

Staszewski, Schimon (2005): Medizinethik und jüdisches Recht - Einführung in Methodik und Positionsfindung. In: Fuat S. Oduncu/ Katrin Platzer/ Wolfram Henn (Hg.), Der Zugriff auf den Embryo. Ethische, rechtliche und kulturvergleichende Aspekte der Reproduktionsmedizin, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S: 119 ff.

Bilgin, Yasar (2005): Menschwerdung im Islam. In: Fuat S. Oduncu/ Katrin Platzer/ Wolfram Henn (Hg.), Der Zugriff auf den Embryo. Ethische, rechtliche und kulturvergleichende Aspekte der Reproduktionsmedizin, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S: 77

oder Mutterschaft rechnen. Da dies für den Arbeitgeber mit finanziellen Nachteilen verbunden wäre, suchen Arbeitgeber gelegentlich schon vor Eintritt einer Schwangerschaft nach einer Möglichkeit, die Mitarbeiterin zu entlassen. Die Benachteiligungen im Beruf bei Frauen, die sich in reproduktionsmedizinischer Behandlung befinden, sind weiter unten dargelegt.

Artikel 5:

5.1 Elternzeit / Elterngeld

Auch hier können Frauen, die mittels einer reproduktionsmedizinischen Behandlung Mutter geworden sind, benachteiligt sein. Das ist immer dann der Fall, wenn die Frau aufgrund dieser Behandlungen vor Eintritt der Schwangerschaft ihren Arbeitsplatz verloren hat oder dann, wenn sie aufgrund der Unvereinbarkeit des Behandlungsmarathons mit ihrer Arbeit die Arbeit freiwillig aufgegeben oder reduziert hat. Selbständige Frauen, die aufgrund ihrer Kinderwunschbehandlung weniger Aufträge annehmen konnten, bekommen ebenfalls weniger Elterngeld, da sich dieses auch anhand des Verdienstes vor der Schwangerschaft berechnet.

Artikel 7:

7.4 Europäisches Aktionsprogramm für die Gleichstellung von Frauen und Männern

Das Schwerpunktthema „ungewollte Kinderlosigkeit“ fehlt hier.

Artikel 10:

10.2 Sexuaufklärung, Familienberatung, Schwangerenberatung

Löblich sind die vielen in dem Bericht aufgezählten Maßnahmen zur Schwangerschaftsverhinderung. Zur Schwangerschaftsermöglichung konnten die Verfasserinnen jedoch auch hier keine Maßnahmen finden, obwohl ja auch diese Teil von Sexuaufklärung und Familienberatung sein müssten. Die Verfasserinnen wünschen, dass auch das Thema ungewollte Kinderlosigkeit in einem der letzten Schuljahre vermittelt werden sollte, um damit zumindest einem Teil zukünftiger ungewollt kinderloser Partnerschaften entgegen zu wirken. Die Jugendlichen sollten ihr Leben so planen, dass bereits vor einem Alter von 30 Jahren Zeit für ein Kind da ist. Sie sollten wissen, durch welche Lebensweisen sie ihre Fruchtbarkeit einschränken können. Den Jugendlichen sollte bewusst gemacht werden, wie sehr Menschen an ungewollter Kinderlosigkeit leiden können und wie schwer der Weg zum Wunschkind mittels Reproduktionsmedizin sein kann. - Die jungen Menschen sollten aber auch lernen, dass es viele Ursachen für ungewollte Kinderlosigkeit gibt, die nicht durch das Verhalten des Einzelnen beeinflusst werden können. Das würde sowohl zu einer besseren Akzeptanz der Betroffenen beitragen als auch dazu, dass Jugendliche bereits die Möglichkeit, dass ihnen das auch passieren kann, in ihre Zukunftsplanung mit einkalkulieren. Die jungen Menschen sollten zudem lernen, dass es verschiedene Familienformen gibt und dass alle diese Familienformen durch die Gesellschaft zu respektieren sind.

Die weiter unten unter 10.2 aufgeführten aktuellen Projekte und Untersuchungen beschäftigen sich allesamt nicht mit dem Thema „Ungewollte Kinderlosigkeit“. Es scheint, als wäre dieses Problem nicht existent!

Artikel 11:

11.1 Erwerbstätigkeit - Zahlen und Fakten

Auch hier fehlt die Benennung des Problems der ungewollten Kinderlosigkeit. Die Frauenerwerbsquote ist zwar gestiegen. Jedoch dürfen wir nicht vergessen, dass seit der Gesundheitsreform 2004, nach der die Behandlungskosten für reproduktionsmedizinische Behandlungen häufiger als bisher vollständig und in den übrigen Fällen immer noch zur Hälfte von den Betroffenen selbst getragen werden müssen, vielen Paaren der Weg zum Wunschkind verwehrt bleibt. Die Geburtenrate ist weiter rückläufig und Frauen ohne Kinder haben nun mal häufiger die Möglichkeit, sich beruflich zu betätigen.

11.4. Mutterschutz

Hier gilt das Problem des fehlenden Schutzes von potentiellen Müttern. Darauf wurde bereits unter dem Punkt 2.1 ausführlich eingegangen.

11.9 Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Die Bundesregierung hat richtig erkannt, dass diese Vereinbarkeit ein bedeutender Faktor für die Verwirklichung von Kinderwünschen ist. Jedoch sei hier auch noch mal darauf verwiesen, dass nicht nur die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ab Beginn der Schwangerschaft ein bedeutender Faktor für die Verwirklichung von Kinderwünschen ist, sondern dass dieser Faktor bereits bei der Familienplanung ansetzt. Insbesondere bei fortpflanzungsbehinderten Menschen kann es schwer werden, die Fortpflanzungsversuche mit dem Beruf zu vereinbaren.

Häufige und plötzliche Arzttermine müssen immer wieder mit beruflichen Terminen in Einklang gebracht werden. Dies häufig unter strengster Verschwiegenheit gegenüber dem Arbeitgeber. Frauen, die schwanger werden wollen, sind in vielen Betrieben nicht gern gesehen. Ist der Arbeitgeber erst informiert, besteht die Gefahr einer Kündigung oder die Gefahr, gemobbt zu werden. Für Freiberuflerinnen ist die Behandlung nur unter starken finanziellen Einbußen möglich, da aufgrund der vielen notwendigen und unkalkulierbaren Behandlungstermine Aufträge nicht angenommen werden können. Je weiter die Kinderwunschklinik vom Arbeitsort entfernt ist, desto schwerer ist es für die betroffene Frau, Fortpflanzung und Beruf miteinander zu vereinbaren. Für Frauen, die im Schichtdienst arbeiten oder feste Arbeitszeiten einhalten müssen, gleichzeitig aber aus Angst vor ihrem Arbeitsplatz nicht über ihre Kinderwunschbehandlung sprechen können, ist es nahezu unmöglich, spontan notwendige Untersuchungs- und Behandlungstermine wahrzunehmen. Daher verwenden viele Frauen ihren gesamten Jahresurlaub für ihre Kinderwunschbehandlungen, wenn auch der Zweck des Urlaubs - Erholung - dabei nicht erfüllt werden kann. Wenn mehrere Versuche notwendig sind, reicht der Urlaub allerdings nicht aus und es entstehen Fehlzeiten am Arbeitsplatz.

Artikel 12:

12.1 Frauenspezifische Belange in der Gesundheitspolitik

Die Bundesregierung schreibt: „Unabhängig von Geschlecht, Alter und sozialem Stand erhält jede bzw. jeder die gesundheitlichen Leistungen, die notwendig sind.“ Dies empfinden die Verfasserinnen als sehr schwammig ausgedrückt. Wer sagt, was notwendig ist? Wozu

notwendig? Um zu überleben? Um geheilt zu werden? Um spätere gesundheitliche Probleme zu verhindern? Um einen möglichst guten Lebensstandard zu halten?

Jedenfalls scheint die Bundesregierung gesundheitliche Leistungen, die mit der Fortpflanzungsfähigkeit verbunden sind, nicht als besonders notwendig einzustufen. Denn sonst würden nicht gerade Paare mit niedrigem sozialem Stand (mit fehlendem Geld für ihre Fortpflanzungsversuche) von reproduktionsmedizinischen Behandlungen ausgeschlossen sein.

Die Erfahrung der Verfasserinnen zeigt, dass die Verhinderung von Fruchtbarkeitsproblemen gesellschaftlich viel zu gering bewertet wird. Das drückt sich bereits darin aus, dass so gut wie alle staatlichen Hilfen im Zusammenhang mit der Familiengründung nur auf die Schwangerschaft und den Mutterschutz bezogen sind. Das drückt sich auch darin aus, dass Kinder in der Schule zum Thema Fruchtbarkeit nur über Verhütung aufgeklärt werden, nicht aber über Fruchtbarkeitsprobleme und vorbeugende Maßnahmen zu deren Minimierung. Die Geschichten ungewollt Kinderloser zeigen, dass diese Menschen manchmal zu einem früheren Zeitpunkt von einem Mediziner falsch behandelt oder falsch beraten wurden. Männer, die sich aufgrund einer Krankheit einer medizinischen Behandlung unterziehen müssen, die ihre Fruchtbarkeit gefährdet (z.B. Chemotherapie), bekommen nicht immer den Rat, vorher noch Spermien einfrieren zu lassen. Manchmal wird sogar davon abgeraten. Wenn doch Spermien eingefroren wird, muss der Patient die Kosten dafür allein aufbringen. Die bei vielen jungen Frauen auftretenden Infektionen mit Chlamydien, die zu verklebten Eileitern führen, werden nicht ernst genommen. Der eigentlich notwendige Test auf Chlamydien im Rahmen der Vorsorge erfolgt nicht. Frauen, die sich diesen Test wünschen, müssen ihn selbst bezahlen, was dazu führt, dass der Test nicht genutzt wird.

Hausärzte und Ärzte solcher Fachrichtungen, die in ihrer Praxis ein sich anbahnendes und vermeidbares Fruchtbarkeitsproblem erkennen könnten, sind dafür oft nicht ausreichend ausgebildet. Es gibt keine Richtlinien zur Vorbeugung von Fortpflanzungsstörungen, bei deren Nichteinhaltung die Patienten die Ärzte haftbar machen könnten.

Paare, die sich in eine fortpflanzungsmedizinische Behandlung begeben, bekommen in einigen Fortpflanzungszentren nur unzureichende Diagnosen, was zu unnötigen invasiven Behandlungen ohne Erfolgsaussichten führt.

12.2 Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsinformationen

Der hier benannte Bericht „Ungewollte Kinderlosigkeit“, erstellt im Jahr 2004 durch das Robert Koch Institut, benennt einige der Probleme, die in diesem Schattenbericht dokumentiert sind. So zum Beispiel das Problem der Mehrlingsschwangerschaften und das des Reproduktionstourismus aufgrund des strengen deutschen Embryonenschutzgesetzes, das Problem der häufigen Unvereinbarkeit von Beruf und Kinderwunschbehandlung und das Problem der psychischen Folgen ungewollter Kinderlosigkeit. Auch einige der hier unterbreiteten Lösungsvorschläge haben die Verfasserinnen dort wieder gefunden. So den Vorschlag einer notwendigen frühzeitigen Prävention und den Vorschlag, bestimmte Ärztegruppen im Hinblick auf die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Fruchtbarkeitsstörungen besser auszubilden. Jedoch nützt die beste Gesundheitsberichterstattung nichts, wenn daraus keine Konsequenzen gezogen werden.

12.5 Schwangerschaft und Pränataldiagnostik

Ähnliche Beratungsleistungen wie die hier beschriebenen würden die Verfasserinnen sich auch unter einem weiteren Punkt „Präimplantationsdiagnostik“ wünschen. Die Präimplantationsdiagnostik (PID) ist in Deutschland mittels Embryonenschutzgesetz verboten, um die Embryonen umfassend zu schützen. Die Möglichkeit der Pränataldiagnostik mit anschließender Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs aufgrund des Ergebnisses der Pränataldiagnostik steht jedoch im Widerspruch zum Verbot der PID. Hier wird der gerade erst kernverschmolzende Embryo mehr geschützt als der schon wesentlich weiter entwickelte Embryo. Eine Frau mit einer schweren Erbkrankheit bei ihrem Mann, die sich ein Kind wünscht und ohne Reagenzglasbefruchtung keine Chancen auf eine Mutterschaft hat, ist demnach schlimmstenfalls 3 Eingriffen ausgesetzt - der Punktion ihrer Eizellen, der Fruchtwasseruntersuchung und im Falle der Behinderung beim Kind des Schwangerschaftsabbruches - obwohl ein einziger Eingriff genügt hätte: Die Punktion mit anschließender Befruchtung der Eizellen und Präimplantationsdiagnostik.

Paare, die trotz des in Deutschland bestehenden Verbots der PID selbige durchführen lassen wollen, reisen dafür oft ins Ausland. Insbesondere Spanien, Belgien und die Tschechische Republik sind die Länder, in die sich deutsche Paare zwecks Durchführung einer PID begeben. Jedoch sind die Paare oft unzureichend über die Erfolgsaussichten ihres Unternehmens aufgeklärt. Wer in Deutschland aufgrund des Verbots nur unzureichende Informationen bekommt, ist auf eine Information in der ausländischen Klinik angewiesen, die aufgrund von Sprachbarrieren nicht immer richtig verstanden wird. So lassen zum Beispiel ältere Paare, die bisher erfolglos waren, die PID durchführen, weil sie sich davon mehr Erfolgsaussichten versprechen. Dies ist jedoch nicht der Fall. Studien haben gezeigt, dass die Erfolgsaussichten durch die PID vermindert werden.

Eine europäische Kommission hat festgestellt, dass in den ausländischen Kliniken oft Standards und Qualitätsrichtlinien fehlen. Ein um das Wohl seiner Bürger besorgter Staat sollte ein Verfahren, dessen Verbot von den Betroffenen sowieso nicht respektiert wird, lieber mit einem Höchstmaß an Qualität und Information anbieten, statt er die Betroffenen ins Ausland drängt.⁴

Die Verfasserinnen empfehlen, betroffenen Paaren, die eine PID in Erwägung ziehen, eine fundierte Beratung anzubieten und im Falle von schweren Erbkrankheiten beim Mann die PID auch zuzulassen. Erbkrankheiten bei der Frau könnten meist auch mittels Polkörperdiagnostik (PKD) festgestellt werden. Die PKD ist in Deutschland erlaubt.

12.8. HIV-Infektionen und AIDS

Der Punkt Kinderwunsch und HIV fehlt hier. Heute gibt es Mittel, die auch einem HIV positiven Menschen ein langes Leben mit einigermaßen guter Lebensqualität ermöglichen. Selbstverständlich haben auch diese Menschen oft den Wunsch, eigene Kinder zu haben.

⁴ Annie Corveleyn, Eleni Zika, Michael Morris, Elisabeth Dequeker, James Lawford Davies, Karen Sermon, Guillermo Antiñolo, Andreas Schmutzler, Jiri Vanecek, Fransesc Palau, Dolores Ibarreta
EUR Number: 22764 EN
Veröffentlichung: 12/2007

Eine gesunde Frau, die mit einem mit HIV infizierten Mann verheiratet ist, der unter medikamentöser Behandlung steht, hat bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr immer noch ein - wenn auch eher geringes - Risiko, sich anzustecken. Wenn dieses Paar Kinder haben möchte, wäre eine Befruchtung ohne dieses Risiko möglich. Die Spermien müssten dazu mit einer speziellen Methode behandelt werden. Anschließend könnte man sie nahezu ohne Risiko der Frau inseminieren. Diese Methode jedoch ist von der Erstattung durch die GKV ausgeschlossen. Wenn das Paar diese Behandlung nicht bezahlen kann, besteht die Gefahr, dass es sich zu natürlichen Befruchtungsversuchen genötigt sieht und damit sowohl die Frau als auch das Kind mit dem Virus angesteckt werden kann. Diese Gefahr gehört abgeschafft! Das auch deshalb, weil der Ausschluss von der Kostenübernahme wegen einer Behinderung unzulässig diskriminierend ist.⁵

Artikel 13:

13.1 Familienbeihilfen

Zitat: „Familienpolitik ist nachhaltig darauf ausgerichtet, ... dabei zu helfen, dass Lebensentwürfe mit Kindern realisiert werden können“.

Für die Gruppe der ungewollt Kinderlosen klingt das wie eine Verhöhnung! Denn die Bundesregierung hat ganz richtig eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, dass Menschen sich leichter für ein Kind entscheiden können. Sie hat jedoch keinerlei Maßnahmen ergriffen, um auch fortpflanzungsbehinderten Paaren bei der Realisierung ihres Lebensentwurfes mit Kindern zu helfen. Im Gegenteil hat die Bundesregierung mit der Gesundheitsreform 2004 Maßnahmen ergriffen, um diesen Paaren die Realisierung ihres Lebensentwurfes mit Kindern noch zu erschweren. Denn die Übernahme der Behandlungskosten wurde bei den Paaren, deren Behandlungskosten vor 2004 noch vollständig für 4 Versuche übernommen wurden, deutlich zusammen gestrichen. Jetzt werden nur noch 3 Versuche zur Hälfte finanziert. Paare, bei denen ein Partner unter 25, die Frau über 40 oder der Mann über 50 ist, werden von der Kostenerstattung ausgeschlossen. Paare, die vorher schon von der Kostenerstattung ausgeschlossen waren (Unverheiratete, Lesbische Paare und Paare, die auf Gametenspenden angewiesen sind), bleiben weiterhin vollständig von der Kostenerstattung ausgeschlossen.

Zitat: „Derzeit gibt es in Deutschland 145 familienbezogene Leistungen mit einem finanziellen Umfang von rund 184 Mrd. Euro.“

Die Verfasserinnen haben beim Bundesministerium für Familie angefragt, wie viele Leistungen davon zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sind. Die Antwort war, dass darunter keine Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft zu verstehen sind. Welche Summe für das Programm des Familienministeriums zur Erhöhung der Geburtenrate und welche Summe für reproduktionsmedizinische Leistungen ausgegeben wird, dazu liegen dem Familienministerium keine Angaben vor.⁶

⁵ Informationen zum Thema HIV und ungewollte Kinderlosigkeit sind erhältlich bei Ulrike Sonnenberg-Schwan, die auch die „Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung HIV-betroffener Paare mit Kinderwunsch“ mit veröffentlicht hat; ulrike.sonnenberg-schwan@t-online.de

⁶ Thomas Fischer, Referent im Referat 201, "Grundsatzangelegenheiten, Familienbezogene Leistungen" im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; mail vom 27.05.2008

Zusammenfassung:

Zusammenfassend ist zu sagen, dass das Problem der ungewollten Kinderlosigkeit vom deutschen Staat so gut wie gar nicht ernst genommen wird. Im 6. Staatenbericht wird das deutlich, da das Problem auch hier nicht einmal benannt wird. Die verantwortlichen Politiker können sich nicht damit heraus reden, dass ihnen das Problem bisher nicht bewusst war, denn zahlreiche Initiativen sind in den letzten Jahren immer wieder ohne Erfolg an verschiedene Politiker, insbesondere auch an das Gesundheitsministerium und an das Familienministerium, heran getreten. Die Erfahrung der Verfasserinnen zeigt, dass die Betroffenen beim Gesundheitsministerium zwar noch angehört werden, was aber ohne Konsequenzen und ohne sichtbare Veränderungen zum Wohle ungewollt Kinderloser bleibt.⁷ Beim Familienministerium werden Initiativen von Gruppen, die sich für die Verbesserung der Situation ungewollt Kinderloser einsetzen, grundsätzlich ignoriert.⁸

⁷ Die Verfasserinnen konnten zuletzt beispielsweise im September 2006 stellvertretend für die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt ein Gespräch mit der Patientenbeauftragten Helga Kühn-Mengel erreichen. In diesem Gespräch versprach Frau Kühn-Mengel zwar keinerlei Verbesserungen, jedoch wollte sie immerhin einige Informationen einholen, die sie den Verfasserinnen zusenden wollte. Dies ist bis heute trotz dreifacher Nachfrage und eingeschriebenem Brief jedoch nicht erfolgt.

⁸ Zuletzt im Jahr 2006 bemühten sich die Verfasserinnen mehrfach um einen Termin mit der Familienministerin Ursula von der Leyen. Frau von der Leyen hielt ein solches Gespräch jedoch nicht für nötig. Anfragen zur Verbesserung der Situation ungewollt Kinderloser landen beim Familienministerium beim Referat für Schwangerschaftsabbrüche, das mit diesem Thema nur wenig anfangen kann. Einen zuständigen Bereich für ungewollte Kinderlosigkeit gibt es beim Familienministerium nicht.

IV. Artikel 16 CEDAW

(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau in Ehe- und Familienfragen und gewährleisten auf der Grundlage der Gleichberechtigung von Mann und Frau insbesondere folgende Rechte:

e) gleiches Recht auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über Anzahl und Altersunterschied ihrer Kinder sowie auf Zugang zu den zur Ausübung dieser Rechte erforderlichen Informationen, Bildungseinrichtungen und Mitteln;

1. Einleitung

1.1. weitere Gesetze, die das Recht auf Familiengründung festschreiben

Auch in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte heißt es in Artikel 16 (1): „Heiratsfähige Männer und Frauen haben ohne Beschränkung durch Rasse, Staatsbürgerschaft oder Religion das Recht, eine Ehe zu schließen und eine Familie zu gründen. Sie haben bei der Eheschließung, während der Ehe und bei deren Auflösung gleiche Rechte.“

In Artikel 10 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) steht geschrieben: „Die Vertragsstaaten erkennen an, 1. dass die Familie als die natürliche Keimzelle der Gesellschaft größtmöglichen Schutz und Beistand genießen soll, insbesondere im Hinblick auf ihre Gründung ...“

Artikel 23 (1b) des Übereinkommens über die Rechte behinderter Menschen fordert, dass „das Recht behinderter Menschen auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über Anzahl ihrer Kinder und Geburtenabstände sowie auf Zugang zu altersmäßiger Information, Aufklärung über Fortpflanzung und Familienplanung anerkannt wird und ihnen die notwendigen Mittel zur Wahrnehmung dieser Rechte bereit gestellt werden.“

Laut EU-Charta, Artikel 9 und 21, gibt es das Grundrecht auf das Gründen einer Familie und das Verbot von Diskriminierung:

Artikel 9: „Das Recht, eine Ehe einzugehen, und das Recht, eine Familie zu gründen, werden nach den einzelstaatlichen Gesetzen gewährleistet, welche die Ausübung dieser Rechte regeln.“

Artikel 21: „(1) Diskriminierungen, insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, der Religion oder der Weltanschauung, der politischen oder sonstigen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung, sind verboten.“

Nach dem 2006 von der deutschen Bundesregierung erlassenen Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) §1 darf unter anderem niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Nach §2 (1), Ziff. 5 und 6 dieses Gesetzes gilt das auch in Bezug auf Gesundheitsdienste und auf soziale Vergünstigungen. Da eine Fortpflanzungsbehinderung auch eine Behinderung ist, müssen demnach auch bei dieser Behinderungsform Gesundheitsdienste und soziale Vergünstigungen für alle Betroffenen angeboten werden.⁹

⁹ Antidiskriminierungsgesetz der Bundesrepublik Deutschland von 2006

Laut §10 SGB I hat jeder, der körperlich, geistig oder seelisch behindert ist, oder dem eine solche Behinderung droht, unabhängig von der Ursache seiner Behinderung ein soziales Recht auf Hilfe, um ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben zu sichern und um seinen Benachteiligungen auf Grund der Behinderung entgegenzuwirken. „Rehabilitation ist damit nicht die Heilung oder Linderung von Krankheiten, sondern vielmehr die Beseitigung, der Ausgleich oder die Minderung der durch Krankheit verursachten Folgeschäden in Beruf, Familie und Gesellschaft.“¹⁰

Unerfüllter Kinderwunsch ist nach der Definition der WHO eine Krankheit. Es liegt ein regelwidriger Zustand des Körpers (des Geistes oder der Seele) vor, der der Krankenbehandlung bedarf. Auch der Bundesgerichtshof stellt in einem Urteil vom 17. Dezember 1986 fest, dass ungeachtet der jeweiligen Ursache im Tatbestand Fortpflanzungsunfähigkeit Krankheit zu sehen ist.¹¹ Unstrittig ist, dass Sterilität eine anerkannte Krankheit ist und Fortpflanzungsbeeinträchtigung von medizinischen Gutachtern als Behinderung/ körperliche Funktionsstörung eingestuft wird.¹²

Die Fortpflanzungsfähigkeit gehört zu den biologischen Grundvoraussetzungen des menschlichen Lebens wie Ernährung, Bewegung und Kommunikation. Störungen derselben stellen somit ein erhebliches biologisches Defizit dar.

Eine assistierte Befruchtung kann bei Erfolg die Krankheit „Fortpflanzungsbehinderung“ heilen bzw. deren Folgeschäden beseitigen. Die Entscheidung eines Paares, bei entsprechender Indikation zur Erfüllung eines Fortpflanzungsbedürfnisses eine assistierte Befruchtung durchführen zu lassen, muss unabhängig von persönlichen finanziellen Mitteln und unabhängig von der daraus hervorgehenden Familienform getroffen werden können.

Die Begründung des deutschen Gesetzgebers und der - in Verletzung der in der deutschen Verfassung verankerten Forderung nach einer weltanschaulichen Neutralität des Staates - eng mit unserem Gesetzgeber zusammen arbeitenden christlichen Kirchen, eine Unterstützung der Entstehung besonderer Familienformen (Familiengründung durch Eizellspende, Embryonenspende oder bei einem lesbischen Paar) wäre aus Gründen des Kindeswohls ethisch nicht vertretbar, entbehrt jeder Grundlage. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass sich Kinder mit zwei lesbischen Müttern genauso gut entwickeln, wie andere Kinder auch.¹³ Auch zum Thema Eizellspende gibt es

¹⁰ Gisela Fischer, „Falsches Signal“, Gesellschaftspolitische Kommentare Nr.8 – August 2003 – Seite 16 ff.

Anmerkung: Das schräg Gestellte haben die Autoren aus dem Gesetz ergänzt.

¹¹ Neue Juristische Wochenzeitschrift 1987; 703 – 704; II2 b:BGH-Urteil vom 17.12.1986 – IV a ZR 78/85

¹² in D „AHP“ 2003 vom Bundessozialgericht anerkannte „Anhaltspunkte“ für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem (früher Schwerbehindertengesetz inzw. SGB IX), auch nach WHO-Definition „ICF“ = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Gültige Klassifikationen der Sterilität (siehe dazu: <http://www.dimdi.de/de/klassi/index.htm>); ICD 10 : N97 + N46; ICF: b 660 + b 6600 ; AHP: 26.13 + 26.14

¹³ Dokumente lesbisch-schwuler Emanzipation Nr. 16, „Lesben und Schwule mit Kindern - Kinder homosexueller Eltern“, Lela Lähnemann, herausgegeben von der Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, 1996, Berlin-Kreuzberg

Brewaeys, Dufour und Kentenich (2005): Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung lesbischer und alleinstehender Frauen berechtigt?, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie; 2(1), S.35-40

Untersuchungen, die zeigen, dass sich diese Kinder normal entwickeln.¹⁴ Ein wirklich um das Wohl dieser Kinder besorgter Gesetzgeber würde sich für solche Studien interessieren und gegebenenfalls eigene Studien durchführen lassen. Dies aber ist nicht der Fall. Eine Gesellschaft, der wirklich das Kindeswohl am Herzen liegt, sollte die neu entstehenden Familien akzeptieren, stärken und unterstützen. Das größte Problem der Kinder scheint nicht ihre Familienform zu sein, sondern die auch im 21. Jahrhundert noch existierende gesellschaftliche Diskriminierung.

1.2. Gesetze der Bundesrepublik Deutschland, die dem Recht auf Familiengründung entgegen stehen

In §1 des am 13. Dezember 1990 vom Deutschen Bundestag verabschiedeten und weiterhin gültigen Gesetzes zum Schutz von Embryonen (ESchG) heißt es:

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer

1. auf eine Frau eine fremde unbefruchtete Eizelle überträgt,
2. es unternimmt, eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt,
3. es unternimmt, innerhalb eines Zyklus mehr als drei Embryonen auf eine Frau zu übertragen,
4. es unternimmt, durch intratubaren Gametentransfer innerhalb eines Zyklus mehr als drei Eizellen zu befruchten,
5. es unternimmt, mehr Eizellen einer Frau zu befruchten, als ihr innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollen,
6. einer Frau einen Embryo vor Abschluß seiner Einnistung in der Gebärmutter entnimmt, um diesen auf eine andere Frau zu übertragen oder ihn für einen nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck zu verwenden, oder
7. es unternimmt, bei einer Frau, welche bereit ist, ihr Kind nach der Geburt Dritten auf Dauer zu überlassen (Ersatzmutter), eine künstliche Befruchtung durchzuführen oder auf sie einen menschlichen Embryo zu übertragen.

(2) Ebenso wird bestraft, wer

1. künstlich bewirkt, daß eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle eindringt, oder
2. eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle künstlich verbringt, ohne eine Schwangerschaft der Frau herbeiführen zu wollen, von der die Eizelle stammt.

(3) Nicht bestraft werden

¹⁴ Clare Murray , Fiona MacCallum , Susan Golombok: Egg donation parents and their children: follow-up at age 12 years.; Fertil Steril. 2006 Mar ;85 (3):610-8 16500327; siehe auch: weitere Studien von Susan Golombok

1. in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1, 2 und 6 die Frau, von der die Eizelle oder der Embryo stammt, sowie die Frau, auf die die Eizelle übertragen wird oder der Embryo übertragen werden soll, und

2. in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 7 die Ersatzmutter sowie die Person, die das Kind auf Dauer bei sich aufnehmen will.

(4) In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 6 und des Absatzes 2 ist der Versuch strafbar.

Auszug aus dem SGB V, § 27a, Künstliche Befruchtung:

(1) Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn

1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme drei Mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist.

(2) Absatz 1 gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. Bei anderen Inseminationen ist Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz und Nr. 5 nicht anzuwenden.

(3) Anspruch auf Sachleistungen nach Absatz 1 besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Die Krankenkasse übernimmt 50 von Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach Absatz 1.

2. Das Embryonenschutzgesetz

Die Regelungen im Embryonenschutzgesetz bewirken, dass

- 2.1. in Deutschland keine Eizellspende praktiziert werden kann
- 2.2. in Deutschland keine Embryonenspende praktiziert werden kann
- 2.3. in Deutschland keine Präimplantationsdiagnostik (PID) durchgeführt werden kann
- 2.4. in Deutschland nicht mehr als 3 Embryonen weiter entwickelt werden dürfen

2.1. Die Problematik der Eizellspende

Frauen, die keine eigenen Eizellen oder nur genetisch defekte Eizellen besitzen und so auf herkömmlichem Weg nicht schwanger werden können, entscheiden sich, wenn der Leidensdruck aufgrund ihrer Fortpflanzungsfähigkeit zu groß ist, für die Annahme einer Eizellspende.

Es gibt vielfältige Gründe für das Nichtvorhandensein entwicklungsfähiger Eizellen. So kann es sein, dass die Frau ihre Eierstöcke aufgrund einer Krankheit und Operation verloren hat. Auch können die Eierstöcke durch eine Chemotherapie beschädigt sein. Die Frau kann evtl. mit 30 Jahren in die verfrühten Wechseljahre gekommen sein, so dass ihre Eierstöcke nicht mehr arbeiten. Andere Frauen konnten sich aufgrund eines fehlenden Partners, aufgrund einer voran gegangenen familienungünstigen beruflichen Situation oder aufgrund dessen, dass ihnen als bereits fortpflanzungsbehindertem Paar in jüngeren Jahren das Geld für eine Kinderwunschbehandlung fehlte, erst in einem Alter um die 40 um eigene Kinder bemühen und mussten dann feststellen, dass ihre Eizellen inzwischen nicht mehr die Eigenschaften haben, um mit hinreichenden Erfolgsaussichten eine Schwangerschaft und Geburt zu erreichen. Wieder andere Frauen haben sich seit Jahren um eine Schwangerschaft bemüht, wurden aber von ihren Ärzten hingehalten und falsch beraten, teils auch falsch behandelt, so dass sie und damit auch ihre Eizellen dabei immer älter wurden.

Viele dieser Frauen wollen aber zusammen mit ihren Partnern den Traum vom eigenen Kind nicht aufgeben. Die Fortpflanzungsmedizin hat die Möglichkeit geschaffen, diesen Frauen die mit den Samen ihres Mannes befruchteten Eizellen anderer Frauen zu übertragen, um so doch noch eine Schwangerschaft zu erreichen.

Die Gegner der Eizellspende in unserem Land haben für das Verbot verschiedene Argumente. Zum einen sehen sie in diesem Vorgang eine Verletzung der Menschenrechte der Spenderin. Zum anderen behaupten sie, es würde für das Kind zu einer gespaltenen Mutterschaft und damit zu einer problematischen Entwicklung der kindlichen Psyche kommen. Die Verfasserinnen möchten diese beiden Aspekte im Folgenden näher beleuchten.

Das Verbot der Eizellspende in Deutschland hält die meisten Paare nicht davon ab, sie trotzdem durchführen zu lassen. Das hängt damit zusammen, dass Fortpflanzung eine Urkraft ist, die sich nicht verbieten lässt. Das heißt, das Problem einer möglichen Verletzung von Rechten bei der Spenderin wird nicht abgeschafft, sondern ins Ausland verlagert. Das aber ist in der Tat problematisch, da Spenderinnen häufig in solchen Ländern angeworben werden, wo die Menschen hart um die Erhaltung ihrer Existenz kämpfen müssen. In den letzten Jahren wurden - auch durch die Medien publiziert - einige Fälle in verschiedenen Ostblockländern bekannt, wo Frauen sich aus Geldnot dazu bereit erklärten, Eizellen zu

spenden. Kliniken, zum Beispiel in Rumänien, klären die Frauen nicht umfassend genug über mögliche Risiken auf und behandeln sie nicht mit dem nötigen medizinischen Standard. Kliniken, die die Frauen nur abzocken wollen, nehmen keine Rücksicht auf die Gesundheit der Spenderinnen. Das soll nicht heißen, dass alle Kliniken im europäischen Ausland so arbeiten. Es gibt viele gute Kliniken z.B. in Tschechien, Spanien und Polen, die dem deutschen medizinischen Qualitätsstandard in nichts nachstehen. Jedoch sollte das für uns kein Grund sein, die Menschenrechtsverletzungen an Eizellspenderinnen in ärmeren Ländern zu übersehen. Bei den allermeisten ausländischen Kliniken kommt hinzu, dass die Daten der Spenderinnen nicht aufbewahrt werden, so dass die Kinder später nie die Möglichkeit haben werden, ihre genetischen Wurzeln zu finden. Das jedoch ist für die späteren jungen Menschen sehr wichtig, wie wir es von den heute erwachsenen Menschen wissen, die aus einer Behandlung mit Spendersamen hervor gegangen sind.

Des Weiteren argumentieren die Gegner der Eizellspende damit, dass es zu einer so genannten „gespaltenen Mutterschaft“ kommen würde, da das Kind ja sowohl eine genetische als auch eine austragende Mutter hat, die gleichzeitig die soziale Mutter ist. Man ist der Auffassung, dass das psychische Probleme beim Kind hervor bringen würde. Dem möchten wir entgegen halten, dass der deutsche Staat darum bemüht sein sollte, seine Behauptung mittels Studien zu überprüfen. Das jedoch ist keineswegs der Fall. Ein Verbot aufgrund einer bloßen Vermutung halten wir für nicht gerechtfertigt. Wir können auch bereits auf Studienergebnisse in anderen Ländern blicken.¹⁵ Clare Murray, Fiona MacCallum und Susan Golombok zum Beispiel haben herausgefunden, dass sich Kinder, die aufgrund einer Eizellspende entstanden sind, genauso günstig entwickeln, wie andere Kinder auch.

Lösungsvorschlag:

→ *Die Verfasserinnen schlagen vor, die Eizellspende in Deutschland unter Einhaltung von Richtlinien zuzulassen. Frauen sollten nicht unter Ausnutzung einer existenziellen Notlage als Eizellspenderinnen angeworben werden. Vielmehr sollte man solche Frauen als Spenderinnen gewinnen, die den betroffenen fortpflanzungsunfähigen Frauen helfen wollen. Den Spenderinnen ist eine umfassende Aufklärung und die bestmögliche medizinische Behandlung zuzusichern. Frauen, die bisher kein Kind haben, sollten als Spenderinnen ausgeschlossen werden. Die Daten der Spenderinnen sollten lebenslang gespeichert werden, so dass das erwachsene Kind die Möglichkeit hat, einen Kontakt herzustellen. Der Bundesgerichtshof hat in einem Urteil von 1989 festgestellt, dass jedes Kind ein Recht auf Wissen über seine Abstammung hat.¹⁶ Die fehlende Aufbewahrung der Spenderinnendaten ist damit auch ein Verstoß gegen die Rechte des Kindes auf Wissen über seine Herkunft. Der deutsche Staat begünstigt diesen Verstoß, wenn er bei Verletzungen dieses Rechts im Ausland keine Möglichkeit im eigenen Land schafft.*

→ *Um der voraussichtlichen Differenz zwischen Angebot und Nachfrage entgegen zu wirken, sollte mehr Gewicht auf die Embryonenspende gelegt werden. Diese jedenfalls wäre ohne eine Belastung von Eizellspenderinnen viel leichter möglich. Sofern ein gespendeter*

¹⁵ Clare Murray , Fiona MacCallum , Susan Golombok: Egg donation parents and their children: follow-up at age 12 years.; *Fertil Steril.* 2006 Mar ;85 (3):610-8 16500327

siehe auch: weitere Studien von Susan Golombok

¹⁶ BVerfG FamRZ 1989, 147; BVerfG FamRZ 1989, 255; BVerfG FamRZ 1994, 881; BVerfG FamRZ 1997, 869;

Embryo für das unfruchtbare Paar wesentlich kostengünstiger zu bekommen ist als eine gespendete Eizelle, werden sich manche Paare eher für die Annahme einer Embryonenspende entscheiden. Das auch deshalb, da gefördert durch die Situation im Ausland heute auch solche Paare lieber eine Eizellspende annehmen, bei denen sowohl die Frau als auch der Mann keine entwicklungsfähigen Gameten haben.

→ Zusätzlich sollte solchen Situationen vorgebeugt werden, in denen Paare nur noch die Chance haben, mittels einer Eizell- oder Embryonenspende Eltern zu werden. Die oben genannten Beispiele, warum Frauen sich manchmal erst in einem Alter um die 40 um ein Kind bemühen, zeigen Ansatzpunkte. Bereits junge Menschen sollten über die nachlassende Fruchtbarkeit mit dem Alter besser aufgeklärt sein. Die berufliche Karriere sollte jeder Frau die Möglichkeit offen halten, sich früher für Kinder zu entscheiden. Die Menschen in unserem Land sollten wieder beziehungsfähiger werden, um den Partner für's Leben schon in einem früheren Alter kennen zu lernen. Vielleicht ließe sich das durch eine Politik beeinflussen, die dem jungen Menschen auch mehr Zeit gibt, um sich auf Beziehungen einzulassen. Nicht zuletzt sollte die Anzahl der Fälle von Jahre langem Hinhalten, Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen durch eine bessere Ausbildung der Mediziner deutlich reduziert werden. Fortpflanzungsbehinderten Menschen, denen das Geld für eine reproduktionsmedizinische Behandlung fehlt, muss dringend in jüngeren Jahren die Möglichkeit gegeben werden, solche Leistungen trotzdem in Anspruch zu nehmen.

2.2. Die Problematik der Embryonenspende

Bei Befruchtungen im Reagenzglas kommt es häufig zu so genannten „überzähligen Embryonen“. Das ist deshalb der Fall, weil es sich nicht vorhersagen lässt, wie viele Eizellen bei einer hormonellen Stimulation der Frau entstehen. Da die Erfolgsaussichten einer In Vitro Befruchtung mit nur einer einzigen Eizelle sehr gering sind, sollte die Frau aber unbedingt vor der Eizellentnahme Hormone zu sich nehmen, um eine höhere Anzahl von Eizellen zu gewinnen. Statistisch betrachtet entwickelt sich nur etwa jede 10. befruchtete Eizelle zum Menschen. Das liegt u.a. auch daran, dass viele Eizellen und auch viele Spermien nicht das Potential haben, sich zu einem Menschen zu entwickeln. Es werden also in der Regel alle gewonnenen Eizellen mit Spermien zusammen gebracht. Bevor die Kernverschmelzung von Ei- und Samenzelle beendet ist, müssen in Deutschland alle halb befruchteten Eizellen, die über die Zahl von 3 hinaus gehen, entweder vernichtet oder kryokonserviert werden, um sie der Frau in einem späteren Zyklus zu transferieren. In anderen Ländern werden solche Embryonen, die der Mutter nicht gleich transferiert werden können, auch in einem späteren Stadium eingefroren. In jedem Fall entsteht ein Depot an tief gefrorenen Embryonen, die sich später noch zu einem Menschen entwickeln können.

Nicht immer werden diese Embryonen später von ihren genetischen Müttern auch abgeholt. In den meisten Fällen liegt das daran, dass die gewünschte Schwangerschaft eingetreten ist und es zur Geburt eines Kindes kam. Die Eltern wollen aber keine weiteren Kinder bekommen. Manchmal ist es auch so, dass die Mutter aufgrund eines gesundheitlichen Problems keine weiteren Kinder austragen kann. Gängige Praxis ist es, dass die tief gefrorenen Embryonen dann vernichtet werden. Dabei wären viele Paare bereit, ihre Embryonen stattdessen einem anderen unfruchtbaren Paar zu spenden. Für Paare, bei denen sowohl der Mann als auch die Frau keine genetisch eigenen Kinder mehr bekommen kann, wäre das die geradezu ideale Möglichkeit, eine Familie zu gründen. Aber auch Paare, wo nur die Frau keine entwicklungsfähigen Eizellen mehr hat und wo der Mann es nicht als so außerordentlich wichtig empfindet, seine eigenen Gene weiter zu geben, würden gern

eine Embryonenspende annehmen. Auch manche fortpflanzungsbehinderten Paare, die eine hormonelle Stimulation und die Eizellentnahme bei der Frau ablehnen, würden gern einen fremden Embryo austragen, der normalerweise verworfen worden wäre. Dies jedoch ist aufgrund der vorherrschenden Interpretation des deutschen Embryonenschutzgesetzes nicht möglich und wird in Deutschland nicht praktiziert.

Die Ablehnung der Embryonenspende wird in Deutschland ebenso, wie die Ablehnung der Eizellspende, mit einer „gespaltenen Mutterschaft“ begründet. Darauf sind die Verfasserinnen bereits unter 2.1. eingegangen.

Lösungsvorschlag:

→ Die Verfasserinnen schlagen vor, die Embryonenspende in Deutschland unter Einhaltung von Richtlinien zuzulassen. Die Spenderdaten sollten lebenslang gespeichert werden, so dass das erwachsene Kind die Möglichkeit hat, einen Kontakt herzustellen.

→ Die Embryonenspende sollte im Gegensatz zur Praxis in manchen ausländischen Kliniken so gestaltet werden, dass sie höchste Erfolgsaussichten hat. Nur so kann einem Zugriff von Paaren, bei denen der Mann keine fortpflanzungsfähigen Spermien hat, auf die oft erfolgreichere Eizellspende (ggf. im Ausland) vorgebeugt werden. Höchste Erfolgsaussichten bei der Embryonenspende ließen sich erreichen, indem mehr als nur 2 oder 3 gespendete Embryonen für einen Versuch aufgetaut werden und indem man dann die unter morphologischen Gesichtspunkten chancenreichsten Embryonen transferiert. Die Embryonenspende könnte auch relativ kostengünstig angeboten werden, da ja gerade das, was eine Befruchtung im Reagenzglas so teuer macht, die hormonelle Stimulation, die Punktion und zumindest ein Teil der Kultivierung im Reagenzglas nicht mehr nötig ist. In vielen ausländischen Kliniken ist die Embryonenspende jedoch keineswegs kostengünstig, da sie ein gutes Geschäft für die durchführenden Kliniken darstellt.

2.3. Die Problematik der Präimplantationsdiagnostik (PID)

Die PID macht dann Sinn, wenn beide Partner die Anlage für eine schwere Erbkrankheit mitbringen, die in der Kombination zu schwerkranken, manchmal nicht lebensfähigen Kindern führt, oder der männliche Partner allein einen genetischen Fehler aufweist, der ein Überleben der Kinder erschwert oder verhindert. Genetische Störungen, die allein von der Frau vererbt werden, lassen sich bereits heute in Deutschland an den Eizellen mittels Polkörperdiagnostik (PKD) untersuchen.

Es gibt Erbkrankheiten, bei denen die Kinder unter schweren geistigen oder / und körperlichen Behinderungen leiden würden. Oft sind solche Fälle bereits in der Familie bekannt und die Wunscheitern wollen nicht, dass sich das bei ihrem Kind wiederholt. Manche Erbkrankheiten führen dazu, dass das Kind kurz nach der Geburt verstirbt oder gar nicht erst lebend geboren wird. Frauen, die das damit verbundene Trauma bereits mehrfach erlitten haben, wollen das verständlicherweise kein weiteres Mal erleben. Darüber hinaus gibt es genetische Konstellationen, die bereits eine Schwangerschaft verhindern. Ein Beispiel dafür ist die so genannte balancierte Translokation beim Mann.

Die Gegner der PID argumentieren auf der einen Seite damit, dass nach einer Diagnostik der Embryonen einige Embryonen aussortiert werden. Sie meinen, es würde sich hierbei bereits um Menschen handeln, denen das Recht auf Leben und das Recht auf eine so genannte Menschenwürde zuzusprechen ist. Auf der anderen Seite sind die Gegner der PID der Auffassung, die Selektion von Embryonen mit bestimmten Behinderungen würde die Würde von bereits geborenen Menschen mit den gleichen Behinderungen verletzen. Im Folgenden wollen die Verfasserinnen auf diese beiden Argumente eingehen.

Ab wann der Mensch ein Mensch ist, das ist vor allem glaubensabhängig. Nach der heutigen christlichen Lehre ist er dies vom Zeitpunkt der abgeschlossenen Kernverschmelzung an. Wenn man der Sache auf den Grund geht, warum die christlichen Kirchen das so sehen, kommt Erstaunliches zu Tage. Die christlichen Kirchen sind der Ansicht, dass Gott genau in dem Moment dem Embryo eine menschliche Geistseele einhauchen würde. Diese Meinung jedoch gibt es erst seit dem Jahr 1661, in dem Paul Zacchias, der Leibarzt des Papstes Innozenz X. erstmals äußerte, die vernunftbegabte Seele (anima rationalis) werde dem Menschen im Augenblick der Empfängnis eingegossen, denn sonst würde ja das Fest der Unbefleckten Empfängnis Mariens eine vernunftlose Materie feiern. Das aber sei der allerseligsten Jungfrau "unangemessen". Offiziell erließ Pius IX. 1869 ein generelles Abbruchverbot und stellte fest, dass das Kind seine Seele bereits zum Zeitpunkt der Zeugung empfängt. Die Änderung im Kirchenrecht erfolgte aufgrund der "Unbefleckten Empfängnis Mariens", die Pius IX. 1854 zum Dogma erklärt hatte.¹⁷

Da das deutsche Embryonenschutzgesetz völlig konform mit der heutigen Ansicht der christlichen Kirchen läuft, da deutsche Politiker für uns alle sichtbar auch im Gesetzgebungsprozess sehr eng mit Kirchenvertretern zusammen arbeiten und da wir aus anderen Religionen wissen, dass dort der Beginn des Menschseins ganz anders definiert wird,¹⁸ können die Verfasserinnen schlussfolgern, dass Menschen mit schweren Erbkrankheiten heute deshalb dazu gezwungen sind, auf eigene Kinder zu verzichten oder sich im Ausland behandeln zu lassen, weil sie sonst die „unbefleckte Empfängnis Mariens“ beleidigen würden. Das jedoch ist insbesondere für die Nichtchristen in unserem Land eine Anmaßung, die sich auch deutlich über das Menschenrecht der Religionsfreiheit erhebt.

Der Begriff der Menschenwürde ist problematisch, da die Menschenwürde nirgendwo definiert ist. Insofern bedienen sich sogar Verfechter entgegen gesetzter Interessen dieses Begriffs. Da die Menschenwürde auch für die Durchsetzung von nicht fundamentalen Menschenrechten benutzt wird,¹⁹ hat sie einen geradezu inflationären Charakter.²⁰ Daher schlagen die Verfasserinnen vor, ehrlicher mit dem Begriff der Menschenrechte zu argumentieren, da die Menschenrechte festgeschrieben sind.

¹⁷ Ranke-Heinemann, Uta: Eunuchen für das Himmelreich - Katholische Kirche und Sexualität, Heyne-Verlag, München 2004

¹⁷ Ranke-Heinemann, Uta: "Nein und Amen - Mein Abschied vom traditionellen Christentum", Heyne-Verlag, München 2004

¹⁸ siehe dazu zum Beispiel: Der Zugriff auf den Embryo. Ethische, rechtliche und kulturvergleichende Aspekte der Reproduktionsmedizin, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

¹⁹ zum Beispiel im Katechismus der Katholischen Kirche, der u.a. den Geschlechtsverkehr zwischen Unverheirateten als einen „schweren Verstoß gegen die Würde dieser Menschen“ bezeichnet; Katechismus der Katholischen Kirche, München 1993, Nr. 2353

²⁰ siehe dazu u.a. Birnbacher, Dieter: Mehrdeutigkeiten im Begriff der Menschenwürde, in: Aufklärung und Kritik, Gesellschaft für kritische Philosophie, Nürnberg und

Hoerster, Norbert: Ethik des Embryonenschutzes, Reclam, 2002, S.23

Alles in Allem sehen die Verfasserinnen bei der gerade erst befruchteten Eizelle keinen Menschen, dem ein unbedingter Lebensschutz und umfassende Menschenrechte zuzusprechen sind. Ein unbedingter Lebensschutz würde nur dann greifen, wenn die Eltern und insbesondere die Mutter darauf bestehen. Die befruchtete Eizelle hat kein Interesse, die Eltern haben aber sehr wohl ein Interesse. Hier geht es um das Fortpflanzungsinteresse der Eltern und ggf. um das Interesse der Eltern, kein schwerstbehindertes Kind auf die Welt zu bringen. Niemand darf von einer Frau verlangen, ein behindertes Kind auszutragen. Der ehemalige Präsident des Max Planck Institutes, Hubert Markl sagte dazu treffend: „Mich schreckt am meisten der Geist erbarmungsloser Moral und zugleich des rechtlichen Zwanges auf betroffene Einzelne im Dienste vermeintlicher Gemeinschaftsinteressen. So als gehörten eine Frau und ihr Reproduktionsverhalten und sogar die dabei instrumentalisierten Behinderten zu allererst einmal dem Staat, der dieser Frau in von Mehrheitsmeinung abhängigen Gesetzen Freiheiten hinsichtlich ihres ureigensten Menschenrechts, nämlich der Entscheidung über die eigene Fortpflanzung, einräumt oder versagt, und sie gegebenenfalls dazu zwingt, ein schwerst behindertes Kind sozusagen als Exempel für andere auszutragen und aufzuziehen.“²¹

An dieser Stelle stoßen wir auf das Argument insbesondere der Behindertenverbände (und von Menschen, die gern das Argument von Behindertenverbänden benutzen, um ihre religiösen Moralvorstellungen durchzusetzen), die Selektion von Embryonen mit bestimmten Behinderungen würde die Würde von bereits geborenen Menschen mit den gleichen Behinderungen verletzen. Hier gibt es offensichtlich einen Interessenwiderspruch. Das individuelle Interesse aber der potentiellen Eltern, ein Kind bzw. ein Kind ohne starke Behinderungen auf die Welt zu bringen steht eindeutig über dem Interesse einer Gruppe von an diesem Fortpflanzungsprozess und am Aufziehen eines schwer behinderten Kindes unbeteiligten Mitgliedern unserer Gesellschaft, menschliche Wenigzeller zu personifizieren.

So sehr einzelne behinderte Menschen sich wünschen mögen, dass es möglichst viele weitere Menschen mit derselben Behinderung gibt bzw. dass Embryonen mit derselben genetischen Veranlagung, die zu ihrer Behinderung führte, nicht mittels PID aussortiert werden, so sehr möchten die Verfasserinnen jedoch darauf hinweisen, dass auch ihr Interesse nicht über dem Interesse der potentiellen Eltern eines schwer behinderten Kindes liegen kann. Ein Menschenrecht auf Durchsetzung der eigenen Behinderung bei anderen Menschen gibt es nicht. Die Behauptung, dass Behinderte mit explizit der Eigenschaft, nach der Embryonen nach einer PID aussortiert werden, aufgrund dieser Aussortierung stärker diskriminiert werden, ist eine unbegründete Hypothese, die gern als bestehende Wahrheit proklamiert wird. Sie ist jedoch nichts anderes als ein Scheinargument. Mit der Pränataldiagnostik werden bereits seit mehreren Jahren Embryonen, die sich zu einem behinderten Menschen entwickeln würden, selektiert. Dies jedoch hat in der Vergangenheit nicht zu einer stärkeren Diskriminierung von Behinderten geführt. Die Verfasserinnen möchten betonen, dass ihnen eine Beendigung jeglicher Diskriminierung von bereits geborenen genetisch bedingt und nicht genetisch bedingt behinderten Menschen genauso am Herzen liegt, wie auch eine Beendigung der Diskriminierung von anderen Minderheiten.

Zusätzlich verweisen die Verfasserinnen darauf, dass es genetische Vorbelastungen gibt, die in vielen Fällen dazu führen, dass gar nicht erst eine Schwangerschaft entsteht oder diese in einer Fehlgeburt endet. In solchen Fällen kann man nicht von „Aussortieren“ sprechen, da es

²¹ Markl, Hubert (2001): Freiheit, Verantwortung, Menschenwürde: Warum Lebenswissenschaften mehr sind als Biologie, in: Die Zeit

dieses Kind so oder so nicht gegeben hätte. Auch diesen Menschen wird aber die PID verwehrt.

Das Verbot der PID in Deutschland führt häufig nicht entsprechend den offensichtlichen Wünschen des deutschen Gesetzgebers dazu, dass genetisch vorbelastete Eltern auf eigene Kinder verzichten oder dann eben ihre behinderten Kinder zur Welt bringen. Das Verbot führt dazu, dass sich diese Paare, denen es mit ihrer Situation ohnehin bereits sehr schlecht geht, unter dem In Kauf Nehmen weiterer Belastungen ins Ausland bemühen. Das wiederum ist für diese Paare oft mit nahezu unerträglichen Belastungsproben verbunden. Hinzu kommt, dass die Beratung im Ausland vor einer PID nicht immer ausreichend ist und aufgrund von Sprachbarrieren auch nicht immer ausreichend verstanden wird. So monierten Wissenschaftler einer europäischen Kommission, die die Bedingungen vor der Durchführung einer PID in verschiedenen europäischen Staaten untersucht hatten, fehlende Standards und Qualitätsrichtlinien und forderten eine verbesserte Aufklärung der Patienten. Sie äußerten: „Das Problem einer zuverlässigen medizinischen Beratung, zu dem zuweilen Schwierigkeiten im Umgang mit einer Fremdsprache und mit einem anderen Gesundheitssystem hinzukommen, kann potenzielle Patienten in eine prekäre Lage bringen.“²²

Lösungsvorschlag:

→ Die Verfasserinnen schlagen vor, die Präimplantationsdiagnostik in Deutschland unter Einhaltung von Richtlinien zuzulassen.

→ Die PID sollte auf einige wenige Fälle beschränkt bleiben, bei denen die genetische Vorbelastung des Paares so schwer wiegt, dass der Eintritt einer Schwangerschaft unwahrscheinlich ist oder dass Kinder mit einer schweren, lebensbedrohlichen Behinderung oder Krankheit zur Welt kommen. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass eine PID bei Paaren ohne genetische Vorbelastung, z.B. älteren Frauen, zu keiner Verbesserung der Schwangerschaftsraten führt. Daher wäre eine Zulassung der PID in solchen Fällen nicht notwendig.

Realisierbar wäre dies zum Beispiel über einen Katalog, in dem die zugelassenen Fälle festgelegt sind. Und in anderen Fällen als den im Katalog aufgeführten sollte das Paar die Möglichkeit haben, einen Antrag zu stellen.

→ Darüber hinaus muss eine umfassende und qualifizierte Beratung dieser Paare auch über die Auswirkung der genetischen Behinderung, um die es im konkreten Fall geht, stattfinden. Die Erfahrungen bei der Pränataldiagnostik zeigen, dass häufig auch bei solchen Kindern ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wird, die nur leicht behindert wären. Nicht immer sind sich die Eltern darüber im Klaren, wie wenig Auswirkungen eine diagnostizierte Behinderung auf ihr späteres Zusammenleben mit diesem Kind gehabt hätte.

²² Annie Corveleyn, Eleni Zika, Michael Morris, Elisabeth Dequeker, James Lawford Davies, Karen Sermon, Guillermo Antiñolo, Andreas Schmutzler, Jiri Vanecek, Fransesc Palau, Dolores Ibarreta
EUR Number: 22764 EN
Veröffentlichung: 12/2007

2.4. Die Problematik des Verbots der Weiterkultivierung von mehr als 3 Embryonen

Laut Embryonenschutzgesetz dürfen bei einer In Vitro Befruchtung bis zu 3 Embryonen kultiviert und der Frau übertragen werden. Die Begrenzung der Übertragung auf maximal 3 Embryonen macht Sinn, da sonst mit höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften zu rechnen ist, die sowohl für die Mutter als auch für die Kinder ein hohes gesundheitliches Risiko mit sich bringen. Unter der Voraussetzung, dass nur 3 Embryonen kultiviert werden dürfen, ist das Erlauben eines Transfers von 3 Embryonen ebenfalls sinnvoll. Zwar führt das zu einem Risiko von Drillingsschwangerschaften, jedoch hätte eine Kultivierung von nur 2 Embryonen den Nachteil, dass die ohnehin geringen Erfolgsaussichten bei einer In Vitro Befruchtung noch geringer werden würden.²³ Die für eine In Vitro Befruchtung notwendige hormonelle Stimulation der Frau, sowie die Eizellentnahme und das Warten auf den hoffentlich positiven Schwangerschaftstest stellen für die Frau eine erhebliche psychische und physische Belastung dar, die nach Möglichkeit zu minimieren ist.

Nur etwa 60% aller Embryonen haben das Potential, sich zum Menschen zu entwickeln. Erst am 3. Tag nach der Befruchtung lassen sich unter rein morphologischen Gesichtspunkten die Embryonen mit höheren Erfolgsaussichten auswählen. Solche Embryonen weisen eine gleichmäßige Zellteilung und eine geringere Fragmentierung auf. Für Menschen mit dem „Behinderten-Argument“ interessant: Über eine mögliche Behinderung des zukünftigen Kindes lässt sich so nichts aussagen. Würde man mehr als 3 Embryonen kultivieren und aus der Gesamtmenge aller Embryonen die mit dem augenscheinlich besten Entwicklungspotential auswählen, könnte man höhere Schwangerschaftsraten erreichen. Selbst bei Auswahl nur eines einzigen Embryos könnten die bisherigen Schwangerschaftsraten beibehalten werden. Das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft wäre jedoch deutlich minimiert. Die Rate der Mehrlingsschwangerschaften in Deutschland beträgt heute 25%. In Schweden, wo der Single-Embryo-Transfer nach Auswahl unter morphologischen Gesichtspunkten erlaubt ist, sind nur 5% aller Geburten nach IVF und ICSI Mehrlinge.

Mehrlingsschwangerschaften führen zu einem hohen Risiko für die Mutter und die Kinder. Die Kinder werden oft zu früh geboren. Je höhergradiger die Mehrlinge, desto kritischer. So werden Drillinge selten bis zum Ende ausgetragen. Frühgeburten sind häufig mit Schäden für die Neugeborenen verbunden. Einige Kinder bleiben behindert. Oft muss die Schwangere monatelang während der Schwangerschaft liegen, um die Tragzeit zu verlängern, die Geburt muss oft per Kaiserschnitt erfolgen. Auch nach der Geburt erwarten die junge Mutter Belastungen, die oft über die Grenze ihres Leistungsvermögens hinausgehen.

Die Ursache für das Verbot der Weiterkultivierung von mehr als 3 Embryonen liegt darin, dass unser christlich determinierter Gesetzgeber der Auffassung ist, ab der Kernverschmelzung würde es sich um einen Menschen, um eine Person handeln, deren Menschenwürde und Lebensschutz unabdingbar durchzusetzen ist. Auf diese Problematik wurde bereits im Abschnitt 2.3. Präimplantationsdiagnostik eingegangen.

Lösungsvorschlag:

→ *Die Verfasserinnen schlagen vor, die Weiterkultivierung von mehr als 3 Embryonen in Deutschland unter Einhaltung von Richtlinien zuzulassen.*

²³ Die Geburtenrate in Deutschland liegt bei 18-19% pro Embryonentransfer.

Entsprechend dem Vorschlag deutscher Ärzte könnten abhängig von den Erfolgsaussichten im individuellen Fall bis zu 6 Embryonen weiter entwickelt werden. Eine solche Vorgehensweise trägt auch unserem Respekt vor dem werdenden Leben Rechnung. Gerade bei solchen Paaren mit nur geringen Erfolgsaussichten würden häufig sowieso nicht mehr als 2 entwicklungsfähige Embryonen übrig bleiben. Wo dies doch der Fall ist, könnten die übrigen Embryonen immer noch eingefroren und zu einem späteren Zeitpunkt transferiert werden. Das Ganze könnte unter der Prämisse erfolgen, dann wirklich nur noch maximal 2 Embryonen zu übertragen.

2.5. Zusammenfassung der Verbesserungs- / Lösungsvorschläge

→ Der Verein Wunschkind e.V. schlägt vor, das Embryonenschutzgesetz so zu ändern, dass alle oben dargelegten Verfahren unter Einhaltung von Schutzvorschriften und entsprechend den bereits oben dargelegten Lösungsvorschlägen praktiziert werden können. Alternativ könnte das Embryonenschutzgesetz von 1990 einem umfassenderen Fortpflanzungsmedizingesetz weichen, das die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten 18 Jahre auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin und auf dem Gebiet der Untersuchung des Kindeswohls in alternativen Familienformen mit berücksichtigt.

3. Das Sozialgesetzbuch

Die Regelungen im Sozialgesetzbuch bewirken, dass nur unter Vorliegen bestimmter Voraussetzungen die Hälfte der Kosten von jeweils 3 Behandlungszyklen bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen von der Solidargemeinschaft der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit getragen werden. Von der Kostenerstattung ausgeschlossen sind

- 3.1. Paare, die aufgrund der Unfruchtbarkeit des Mannes eine Behandlung mit Spendersamen durchführen lassen.
- 3.2. Paare, die aufgrund fehlender entwicklungsfähiger Eizellen bei der Frau versuchen, eine Schwangerschaft mit Spenderinneneizellen herbei zu führen.
- 3.3. Paare, die aufgrund fehlender entwicklungsfähiger Eizellen bei der Frau allein oder in Kombination auch aufgrund der Unfruchtbarkeit des Mannes versuchen, einen gespendeten Embryo auszutragen.
- 3.4. Paare, die ein anderes in Deutschland verbotenes Verfahren zur Herbeiführung einer Schwangerschaft anwenden (PID, Weiterentwicklung von mehr als 3 Embryonen)
- 3.5. lesbische Paare
- 3.6. unverheiratete Paare
- 3.7. Paare, die nicht den vorgeschriebenen Altersgrenzen entsprechen
- 3.8. Paare, bei denen einer der Partner HIV positiv ist

3.1. Paare, die aufgrund der Unfruchtbarkeit des Mannes eine Behandlung mit Spendersamen durchführen lassen.

Paare, die aufgrund der Unfruchtbarkeit des Mannes eine Behandlung mit Spendersamen durchführen lassen, sind von der Kostenübernahme durch die GKV ausgeschlossen. Es handelt sich hier um eine Schlechterstellung gegenüber anderen Kinderwunschpaaren, die eine gewisse Anzahl von Versuchen von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt bekommen, obwohl sie die gleichen Leistungen erhalten.

Es kann nicht hingenommen werden, dass einer Frau nur deshalb das Recht auf Kostenerstattung für ihre Behandlung abgesprochen wird, weil sie mit einem Mann verheiratet ist, der nicht zeugungsfähig ist. Der Gesetzgeber darf nicht verlangen, dass eine Frau sich ihren Ehemann/ Lebenspartner nach dem Merkmal der Fortpflanzungsfähigkeit aussuchen muss. Dies kommt auch einer Diskriminierung aller zeugungsunfähigen Männer gleich.

Bestehen zusätzlich zur Zeugungsunfähigkeit des Mannes auch Fruchtbarkeitsprobleme bei der Frau, so ist auch diese ungerechtfertigter Weise von der Kostenerstattung ausgeschlossen. Eine Frau mit verschlossenen Eileitern und einem fruchtbaren Mann z.B. bekommt ihre Behandlung zumindest teilweise von der GKV bezahlt, eine Frau mit verschlossenen Eileitern und unfruchtbarem Mann bleibt auf ihren Behandlungskosten allein sitzen.

Deutsche Politiker, die die Verfasserinnen bisher auf diese Ungleichbehandlung angesprochen haben, versuchen diese Entscheidung grundsätzlich damit zu rechtfertigen, dass es nach dem deutschen Grundgesetz einen besonderen Schutz der Ehe und Familie gibt. Die Frage, warum eine Ehe mit einem unfruchtbaren Mann nicht als Ehe anerkannt

werden soll oder warum eine solche Ehe nicht besonders schützenswert ist, blieb bisher immer unbeantwortet.

Auch das gern vorgetragene Argument, dass die Befruchtung mit Spendersamen bisher nicht ausreichend gesetzlich geregelt ist, kann kein Grund für eine Ablehnung der Kostenübernahme sein. Denn der Fakt, dass es hier keine zufrieden stellende gesetzliche Lösung gibt, ist in der Politik mindestens seit Mitte der 80-er Jahre bekannt. Vielmehr sollte hier endlich eine gesetzliche Regelung geschaffen werden, die sowohl im Sinne des Kindes, als auch im Sinne der Spender, im Sinne der Eltern und im Sinne der behandelnden Ärzte ist. Es mutet reichlich seltsam an, wenn der Gesetzgeber eine Minderheitengruppe genau deshalb benachteiligt, weil er selbst es über viele Jahre hinweg versäumt hat, für diese Minderheitengruppe eine zufrieden stellende gesetzliche Regelung zu schaffen.

3.2. Paare, die aufgrund fehlender entwicklungsfähiger Eizellen bei der Frau versuchen, eine Schwangerschaft mit Spenderinneneizellen herbei zu führen.

Der Sachverhalt der Eizellspende wurde oben im Abschnitt 2.1. detailliert dargestellt und die Notwendigkeit einer Zulassung dieses Verfahrens im eigenen Land begründet. Die Verfasserinnen sind der Meinung, dass auch im Fall der Eizellspende die Kosten durch die GKV zu tragen sind. Die Argumente dafür entsprechen denen im Abschnitt 4.1.

Der Gesetzgeber darf nicht verlangen, dass ein Mann sich seine Ehefrau/ Lebenspartnerin nach dem Merkmal der Fortpflanzungsfähigkeit aussuchen muss. Dies kommt auch einer Diskriminierung aller fortpflanzungsunfähigen Frauen gleich. Aufgrund der Tatsache, dass die weibliche Reproduktionsfähigkeit normalerweise in einem bestimmten Alter abgeschlossen ist und damit zumindest alle Frauen desselben Alters gleich gestellt sind, würden die Verfasserinnen eine Übernahme der Kostenerstattung bei Eizellspenden etwa bis zum Alter von 43 Jahren vorschlagen.

3.3. Paare, die aufgrund fehlender entwicklungsfähiger Eizellen bei der Frau allein oder in Kombination auch aufgrund der Unfruchtbarkeit des Mannes versuchen, einen gespendeten Embryo auszutragen.

Der Sachverhalt der Embryonenspende wurde oben im Abschnitt 2.2. detailliert dargestellt und die Notwendigkeit einer Zulassung dieses Verfahrens im eigenen Land begründet. Auch im Fall der Embryonenspende sollten die Kosten durch die GKV getragen werden. Die Embryonenspende ist ein geeignetes Verfahren, um unfruchtbaren Paaren, die stark unter ihrer Kinderlosigkeit leiden und denen unter den gegebenen Bedingungen die Weitergabe ihrer eigenen Gene nicht mehr so existenziell wichtig ist, doch noch eine Elternschaft, die das Erleben einer Schwangerschaft einschließt, zu ermöglichen.

Aufgrund der Tatsache, dass die weibliche Reproduktionsfähigkeit normalerweise in einem bestimmten Alter abgeschlossen ist und damit zumindest alle Frauen desselben Alters gleich gestellt sind, schlagen die Verfasserinnen eine Übernahme der Kostenerstattung auch bei Embryonenspenden etwa bis zum Alter von 43 Jahren vor.

3.4. Paare, die ein anderes in Deutschland verbotenes Verfahren zur Herbeiführung einer Schwangerschaft anwenden (PID, sowie Weiterentwicklung von mehr als 3 Embryonen)

Der Sachverhalt der Präimplantationsdiagnostik und der Weiterkultivierung von mehr als 3 Embryonen wurde oben im Abschnitt 2.3 und 2.4. detailliert dargestellt und die Notwendigkeit einer Zulassung dieses Verfahrens im eigenen Land begründet. Auch in solchen Fällen sollten die Kosten durch die GKV zu tragen sein. Die Gründe, warum ein Paar ungewollt kinderlos ist, sind sehr verschieden. Genauso verschieden sind auch die möglichen Wege, so einem Paar aus seiner ungewollten Kinderlosigkeit hinaus zu helfen. Wenn die Gesellschaft einem Paar mit einer bestimmten Diagnose in einem gewissen Maß hilft, einem anderen Paar mit einer anderen Diagnose aber nicht, so kann das nur als eine Diskriminierung der konkreten Fortpflanzungsbehinderung bei dem zweiten Paar aufgefasst werden.

3.5. lesbische Paare

Auch für Frauen, die in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung leben und gern Eltern werden wollen, ist manchmal nur eine Elternschaft über eine reproduktionsmedizinische Behandlung möglich. Diese Behandlungen sind ebenfalls von der Kostenübernahme durch die GKV ausgeschlossen. Hinzu kommt, dass diese Frauen in Deutschland nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, ärztliche Hilfe zu erhalten. Eine IVF bei lesbischen Frauen ist in Deutschland nicht möglich. Inseminationen müssen sie selbst durchführen und können dazu allenfalls eine ärztliche Anleitung erhalten.

Die Verfasserinnen meinen, dass auch hier eine Form der Diskriminierung vorliegt. Auch lesbische Frauen können - unabhängig davon, dass sie nicht mit einem Mann zusammen leben - Probleme mit ihrer eigenen Fortpflanzungsfähigkeit haben. Da sie als Arbeitnehmerinnen und Gehaltsempfängerinnen unter der Beitragsbemessungsgrenze genau wie alle anderen Arbeitnehmerinnen auch Beiträge in die gesetzliche Krankenversicherung einzahlen, sollten sie grundsätzlich bei Vorliegen einer gleichen Behinderung, bei der auch heterosexuelle Frauen durch die GKV Unterstützung erfahren, die gleiche Unterstützung erhalten.

Mittlerweile gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die zeigen, dass sich Kinder homosexueller Eltern genauso gut entwickeln, wie Kinder heterosexueller Eltern.²⁴ Ein Ausschluss von der Kostenerstattung oder gar ein Verbot wegen einer möglichen Gefährdung des Kindes entspricht also jeder Grundlage.

²⁴ z.B.: Dokumente lesbisch-schwuler Emanzipation Nr. 16, „Lesben und Schwule mit Kindern - Kinder homosexueller Eltern“, Lela Lähnemann, herausgegeben von der Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, 1996, Berlin-Kreuzberg

Brewaeys, Dufour und Kentenich (2005): Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung lesbischer und alleinstehender Frauen berechtigt?, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie; 2(1), S.35-40

3.6. unverheiratete Paare

Die Übernahme der Leistung von der Ehe abhängig zu machen, widerspricht unserer modernen Gesellschaft mit einem sehr stark steigenden Anteil (auf Dauer angelegter) nichtehelicher Lebensgemeinschaften mit Kindern.

Unverheiratete Paare, die aufgrund einer Fortpflanzungsbehinderung eine reproduktionsmedizinische Behandlung wünschen und nicht über das Geld für eine eigene Finanzierung verfügen, werden mit dieser Regelung zum Heiraten gezwungen. Das jedoch widerspricht dem Artikel 16 (1b) CEDAW, der das Recht auf „Eheschließung nur mit freier und voller Zustimmung“ fest geschrieben hat.

3.7. Paare, die nicht den vorgeschriebenen Altersgrenzen entsprechen

Wenn einer der beiden Partner unter 25 ist oder die Frau über 40 bzw. der Mann über 50, so ist das Paar von der Kostenerstattung ausgeschlossen. Hier handelt es sich um eine Benachteiligung aufgrund des Alters. Zwar ist es in der Tat einzusehen, dass die Behandlung von Menschen, die aufgrund ihres Alters fortpflanzungsunfähig sind, nicht ohne Grenzen von der Solidargemeinschaft getragen werden kann. Jedoch kann das nicht für unter 25-jährige volljährige Menschen zutreffen und auch nicht für solche Konstellationen, wo z.B. eine Frau unter 40 Jahren mit verschlossenen Eileitern und fortpflanzungsfähigem Partner über 50 ihre Behandlung allein bezahlen muss. Das Gegenstück dazu wäre ein Paar mit einem Mann unter 50 und einem schlechten Spermogramm und einer Frau Anfang 40 und relativ guten Erfolgsaussichten.²⁵ Auch hier würde die Kasse nicht zahlen, obwohl die Ursache für die notwendige reproduktionsmedizinische Behandlung nicht bei dem Partner liegt, der die Altersgrenze überschritten hat.

Die von der Bundesregierung festgesetzten Altersgrenzen sind willkürlich und führen zu einer ungerechtfertigten Benachteiligung bestimmter Paare, denen mit reproduktionsmedizinischen Leistungen noch zum eigenen Kind geholfen werden könnte.

3.8. Paare, bei denen einer der Partner HIV positiv ist

Heute gibt es Mittel, die auch einem HIV positiven Menschen ein langes Leben mit einigermaßen guter Lebensqualität ermöglichen. Selbstverständlich haben auch diese Menschen oft den Wunsch, eigene Kinder zu haben. Eine gesunde Frau, die mit einem mit HIV infizierten Mann verheiratet ist, der unter medikamentöser Behandlung steht, hat bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr immer noch ein - wenn auch geringes - Risiko, sich anzustecken. Wenn dieses Paar Kinder haben möchte, wäre eine Befruchtung ohne dieses Risiko möglich. Die Spermien müssten dazu mit einer speziellen Methode behandelt werden. Anschließend könnte man sie ohne Risiko der Frau inseminieren. Diese Methode jedoch ist im Falle von HIV bei einem der Partner von der Erstattung durch die GKV ausgeschlossen. Wenn das Paar diese Behandlung nicht bezahlen kann, besteht die Gefahr, dass es sich zu natürlichen Befruchtungsversuchen genötigt sieht und damit sowohl die Frau als auch das Kind mit dem Virus angesteckt werden kann. Diese Gefahr gehört abgeschafft! Das auch

²⁵ zum Beispiel wurde bei genügend antralen Follikeln am Tag 3, AMH im Normalbereich und Inhibin > 10 auch bei über 40-jährigen Frauen eine Schwangerschaftsrate > 15% festgestellt; Aussage von Prof. Brähler - Vorsitzender des Deutschen IVF Registerns (D.I.R.)

deshalb, weil der Ausschluss von der Kostenübernahme wegen einer Behinderung unzulässig diskriminierend ist.²⁶

Es ist zu respektieren, dass auch Paare mit Behinderungen einen Wunsch nach eigenen Kindern haben. Die fehlende Kostenübernahme ist bei HIV positiven Menschen besonders problematisch, da ein großer Teil der HIV-positiven Paare mit Kinderwunsch in finanziell äußerst schwierigen Situationen lebt und sich die Bezahlung der Behandlungskosten nicht leisten kann.

Nicht nur zur Vermeidung einer Ansteckung können Paare, bei denen mindestens ein Partner HIV positiv ist, zur Erfüllung ihres Kinderwunsches auf reproduktionsmedizinische Leistungen angewiesen sein. Statistische Erhebungen zeigen, dass diese Paare überdurchschnittlich häufig auch Fruchtbarkeitsprobleme haben. Bei HIV positiven Frauen ist es besonders wichtig, dass nur eine Einlingsschwangerschaft zustande kommt. Deshalb darf bei diesen Frauen nur ein Embryo transferiert werden. Da nach dem Embryonenschutzgesetz nur so viele Embryonen kultiviert werden dürfen, wie auch transferiert werden sollen, darf in diesen Fällen nur ein einziger Embryo kultiviert werden, was die Erfolgsaussichten insbesondere bei diesen Frauen deutlich einschränkt.

3.9. Die Problematik der Kostenübernahme von nur 50% für 3 Versuche

Vor der Gesundheitsreform 2004 haben Paare, die nicht ohnehin von der Kostenerstattung durch die GKV ausgeschlossen waren, noch die Kosten für 4 Versuche (IVF und ICSI) vollständig erstattet bekommen. Seit 2004 bekommen solche Paare nur noch 3 Versuche zu 50% von der GKV finanziert. Hinzu gekommen sind auch die Altersgrenzen. Das Deutsche IVF Register zeigt, dass die Zahl der behandelten Paare seitdem drastisch zurückgegangen ist. Als Folge des GMG werden im Jahr gut 10.000 Kinder weniger geboren. Das IVF-Register zeigt auch, dass die Zahl der Behandlungen insbesondere in den ärmeren Bundesländern zurückgegangen ist. In Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen war die Anzahl der Punktionszyklen 2004 gegenüber 2002 um 44 - 51% zurückgegangen, während dieser Rückgang in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Hessen nur zwischen 20 und 28% lag.²⁷ Das Durchschnittsalter der Frauen, die sich behandeln lassen, ist um 1,5 Jahre gestiegen, da viele Paare erstmal sparen müssen. Hier wird kostbare Zeit verplempert, denn mit jedem Jahr sinken die Erfolgsaussichten.

Wir leben nun in einer Situation, in der die Möglichkeit der Fortpflanzung bei fortpflanzungsbehinderten Paaren davon abhängt, ob ein Paar über die für seine Behandlung nötigen finanziellen Mittel verfügt. Der Betrag, den die Kinderwunschpatienten für eine In Vitro Fertilisation zu tragen haben, ist mit durchschnittlich 1.600 Euro Eigenbeteiligung jeweils für die ersten 3 Versuche und ca. 3.000 - 6.000 Euro für Versuche, die komplett selbst bezahlt werden müssen, für den Normalverdiener viel zu hoch. Für einen hohen Staatsbeamten mit 10.000 Euro Einkommen im Monat wäre es natürlich kein Problem, so eine Behandlung zu finanzieren. Die Verkäuferin im Supermarkt oder die Frisörin jedoch hat mit der gegenwärtigen Regelung wesentlich geringere Chancen, ihren Kinderwunsch zu verwirklichen.

²⁶ Informationen zum Thema HIV und ungewollte Kinderlosigkeit sind erhältlich bei Ulrike Sonnenberg-Schwan, die auch die „Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung HIV-betroffener Paare mit Kinderwunsch“ mit veröffentlicht hat

²⁷ www.deutsches-ivf-register.de, Jahresbericht 2004, Seite 10

Die Befürworter der derzeitigen Regelung meinen, Fortpflanzung wäre Privatsache und nicht durch die Gesellschaft mit zu tragen. Außerdem wären die Kosten viel zu hoch und angesichts der Geldknappheit wäre es einfach nicht möglich, so einen „Luxus“ zu finanzieren. Auf diese Argumente wollen die Verfasserinnen hier kurz eingehen, denn so hoch sind diese Kosten im gesamtgesellschaftlichen Maßstab nicht.

Im Jahr 2000, also vor der Gesundheitsreform, hatte die GKV eine Gesamtbelastung für assistierte Befruchtungen von umgerechnet 142,5 Mio. Euro. Das entsprach 2,80 Euro Jahresbeitrag pro GKV-Versichertem. Durch die Gesundheitsreform 2004 wurden bei assistierten Befruchtungen etwa 100 Mio. Euro pro Jahr eingespart. Herunter gerechnet auf die Anzahl der GKV-Versicherten kommen da auf jeden Versicherten knapp 2 Euro. Dieser Spareffekt ist aber sehr kurzfristig, denn es werden ja, weil sich viele Paare diese Behandlung nicht mehr leisten können, weniger Kinder geboren, die später die Krankenversicherung mittragen und auch unsere Rente erwirtschaften würden. Volkswirte des ifo-Institutes haben ausgerechnet, dass Kinder langfristig der Gesellschaft mehr bringen als sie kosten. Nach ihrer Berechnung bringt ein heute fünfjähriges Kind dem Staat im Saldo durchschnittlich 77.000 Euro Gewinn. Die Streichung der Kostenübernahmen für Kinderwunschbehandlungen ist also eine Rechnung, die doppelt nach hinten losgeht.

Die Antwort auf die Frage, warum die Solidargemeinschaft die Kosten tragen soll, ist auch nicht nur eine finanzielle. Im Prinzip kann jeder von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen sein. Und das trifft die Paare meist ohne eigene Schuld. Manche Ursachen für ungewollte Kinderlosigkeit sind im allgemeinen gesellschaftlichen Verhalten unserer Zeit zu suchen. Wenn z.B. ein Mitarbeiter der Tankstelle, der durch die Arbeitsbedingungen nachweislich zur besonders von Unfruchtbarkeit betroffenen Gruppe gehört, ein eingeschränktes Spermogramm hat, sind dafür alle mit verantwortlich, die Auto fahren oder sich fahren lassen. Hinzu kommt der soziale Aspekt. Die Fortpflanzungsfähigkeit gehört zu den biologischen Grundvoraussetzungen des menschlichen Lebens wie Ernährung, Bewegung und Kommunikation und ist eben nicht vergleichbar mit Luxuswünschen, wie einem schnellen Auto, einem Eigenheim oder einer Schönheitsoperation. Die Frage, ob sich ein Paar fortpflanzen darf oder nicht, muss unabhängig von finanziellen Mitteln getroffen werden können.

3.10. Verbesserungs- / Lösungsvorschläge

→ *Die Verfasserinnen schlagen vor, alle Paare mit unerfülltem Kinderwunsch, unabhängig von ihrer Behinderung, von den Ursachen ihrer Kinderlosigkeit und unabhängig von der zustande kommenden Familienform (bezogen auf die oben erläuterten Familienformen) bei der Kostenübernahme durch die GKV gleich zu stellen.*

Bisher unzureichende gesetzliche Regelungen, die einer Kostenübernahme durch die Krankenkassen bisher im Wege standen, sollten schnellstens nachgeholt werden. Im Falle der Familiengründung mit Spendersamen, nach gespendeten Eizellen oder gespendeten Embryonen wäre die Freistellung der genetischen Elternteile, die ihre Eizellen bzw. Spermien gespendet haben von jeglichen Ansprüchen notwendig. Außerdem wäre die gesetzliche Sicherung der Hinterlegung ihrer Daten zur Sicherung des Anspruchs des Kindes über das Wissen über seine Herkunft erforderlich. Für lesbische Paare und Paare, die aufgrund ihrer Fortpflanzungsbehinderung auf eine PID, Eizell- oder Embryonenspende

zurückgreifen wollen, ist eine gesetzliche Lösung zu treffen, die diesen Paaren eine Behandlung in Deutschland ermöglicht.

→ Bei den Begrenzungen durch das Alter schlagen wir vor, dass die Begrenzung „unter 25“ aufgehoben bzw. gegen eine Begrenzung „unter 18“ ausgetauscht wird. Die obere Begrenzung sollte bei Frauen auf 43 Jahre festgeschrieben oder von den individuellen Erfolgsaussichten abhängig gemacht werden. Ebenso sollte die obere Grenze bei Männern von den individuellen Erfolgsaussichten abhängig gemacht werden.

→ Da Untersuchungen gezeigt haben, dass bei Reagenzglasbefruchtungen erst nach dem 5. erfolglosen Versuch statistisch die Erfolgsaussichten deutlich sinken, schlagen die Verfasserinnen vor, jeweils bis zu 5 Versuche durch die GKV zu finanzieren.

Nur dann, wenn alle Betroffenen, also auch die Randgruppen, die bisher Selbstzahler sind, diese 5 Versuche von der GKV finanziert oder zumindest teilfinanziert bekommen, ist eine Qualitätskontrolle auch durch die Kassen gegeben. Die Behandlungen von Selbstzahlern unterliegen nicht der Kontrolle der Krankenkassen. Grundsätzlich alle Behandlungen bei allen Kinderwunschpatienten sollten einer Qualitätskontrolle unterliegen!

→ Aufgrund der Tatsache, dass sich viele Paare eine Kinderwunschbehandlung mit Kosten von mehreren tausend Euro nicht leisten können, sollte eine sozialverträgliche Lösung erarbeitet werden. Eine Kostenbeteiligung von 100 Euro pro Versuch oder eine Zurechnung der Behandlungskosten zu den Kosten, die die Grenze von 2% des Einkommens nicht überschreiten dürfen, wäre angemessen.

III. Artikel 11 CEDAW

(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Berufsleben, um ihr auf der Grundlage der Gleichberechtigung von Mann und Frau gleiche Rechte zu gewährleisten, insbesondere

b) das Recht auf dieselben Arbeitsmöglichkeiten einschließlich der Anwendung derselben Auswahlkriterien bei der Einstellung;

c) das Recht auf ...Arbeitsplatzsicherheit ...

e) das Recht auf soziale Sicherheit ...

f) das Recht auf Schutz der Gesundheit und auf Sicherheit am Arbeitsplatz, einschließlich des Schutzes der Fortpflanzungsfähigkeit.

(2) Um eine Diskriminierung der Frau wegen Eheschließung oder Mutterschaft zu verhindern und ihr ein wirksames Recht auf Arbeit zu gewährleisten, treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen

a) zum - mit Androhung von Sanktionen verbundenen - Verbot der Entlassung wegen Schwangerschaft oder Mutterschaftsurlaubs sowie der Diskriminierung aufgrund des Familienstands bei Entlassungen;

d) zur Gewährleistung besonderen Schutzes für Frauen während der Schwangerschaft bei Beschäftigungsarten, die sich als schädlich für Schwangere erwiesen haben.

4. Diskriminierung von ungewollt kinderlosen Paaren in reproduktionsmedizinischer Behandlung im Berufsleben

4.1. Verfahrenstechnische Notwendigkeiten

Eine fortpflanzungsmedizinische Behandlung ist häufig mit vielen Arztbesuchen verbunden. Während eines Behandlungszyklusses geht die Frau im Schnitt 4-5mal zum Ultraschall und zusätzlich häufig noch einige Male zu Blutabnahmen und zur Abholung von Spritzen. Zusätzlich findet entweder die Insemination oder im Falle einer geplanten In Vitro Fertilisation die Punktion von Eizellen statt. Die Punktion ist ein Eingriff, der meist unter Narkose stattfindet und die Frau an diesem Tag arbeitsunfähig macht. Einer Punktion folgt 2 - 5 Tage später der Embryotransfer. Die Behandlungstermine sind nicht gut planbar, da sie stark abhängig vom weiblichen Zyklus und von der Reifung der Eizellen sind. Ultraschalle und Blutuntersuchungen ermitteln den optimalen Zeitpunkt für die Insemination bzw. Punktion. Kann dieser optimale Zeitpunkt nicht eingehalten werden, so ist der Erfolg dieser Behandlung gefährdet. In manchen Fällen kommt es während der Behandlung zu einer Überstimulation, die einen mehrtägigen Krankenhausaufenthalt nach sich zieht.

Eine reproduktionsmedizinische Behandlung führt nur in den seltensten Fällen sofort zum Erfolg. Die Geburtenrate bei In Vitro Fertilisationen liegt bei etwa 18% pro frischem Embryotransfer. Wenn man alle Behandlungszyklen, bei denen es leider nicht zum Embryotransfer gekommen ist und alle Versuche mit kryokonservierten Embryonen mit in die

Rechnung einbezieht, kommt man in etwa auf eine Geburtenrate von gut 15% pro begonnenem Zyklus. Das entspricht auch in etwa den Erfolgsraten bei Inseminationen. Daraus lässt sich leicht schließen, dass eine Frau im Schnitt 6 - 7 Versuche braucht, bis sie endlich schwanger ist und das Kind auch bis zur Geburt austragen kann. Ausgedrückt in der Anzahl der Arztbesuche bedeutet das etwa schwer planbare 50 - 140 Arztbesuche. Da viele Frauen durchaus auch mehr als die durchschnittlichen 6 - 7 Versuche brauchen, kann die Anzahl der notwendigen Arztbesuche sich leicht auf 200 und mehr summieren.

Je weiter die Kinderwunschklinik vom Wohn- bzw. Arbeitsort entfernt ist, desto schwieriger gestaltet sich die Situation für die Frau. Gerade Frauen in ländlichen Gegenden haben oft eine weite Anreise. Aber auch solche Frauen, die ein spezielles Verfahren benötigen, das nur in wenigen Kliniken angeboten wird, haben häufig eine Anreise von 100 km und mehr. Insbesondere solche Frauen, die ein Verfahren benötigen, das in Deutschland verboten ist und sich deshalb zur Behandlung ins Ausland begeben müssen, haben immer wieder Anreisen von mehreren hundert Kilometern zu bewältigen. Allein die Bereitschaft dieser Frauen, ihren Kinderwunsch trotz widerlichster Umstände zu realisieren, zeigt die Dringlichkeit ihres menschlichen Bedürfnisses. Das heißt, Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch werden eher bereit sein, ihr Leben auf das allerniedrigste Niveau herunter zu schrauben, als dass sie auf die Chance, Mutter zu werden, verzichten.

4.2. Auswirkungen auf den Beruf

Die oben benannten Umstände bewirken zwangsläufig, dass es für die betreffenden Frauen schwer wird, ihre Kinderwunschbehandlung mit ihrem Beruf zu vereinbaren. Das ist der Bundesregierung auch bekannt, denn im Heft 20 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes steht auf Seite 18: „Etwa ein Drittel aller Paare berichtet im Behandlungsverlauf von beruflichen Schwierigkeiten durch die Geheimhaltung der Fertilitätsstörung oder durch häufiges Fehlen am Arbeitsplatz.“ Häufige und plötzliche Arzttermine müssen immer wieder mit beruflichen Terminen in Einklang gebracht werden. Dies oft unter strengster Verschwiegenheit gegenüber dem Arbeitgeber. Frauen, die schwanger werden wollen, sind in vielen Betrieben nicht gern gesehen. Ist der Arbeitgeber erst informiert, besteht die Gefahr einer Kündigung oder die Gefahr, gemobbt zu werden. Eine Kündigung bedeutet aber auch gleichzeitig, weniger Geld. Wer für einen einzigen Behandlungszyklus bis zu 6.000 Euro aufbringen muss, braucht aber das Geld nötig und kann auf keinen Fall auf seinen Arbeitsplatz verzichten. Deshalb verschweigen viele Frauen ihre Behandlung gegenüber dem Arbeitgeber.

Für Freiberuflerinnen stellt sich die Situation so dar, dass sie ihre Behandlung nur unter starken finanziellen Einbußen durchführen können. Denn rund um den Behandlungszyklus können sie oft keine Aufträge annehmen. Insbesondere auch dann, wenn der Beruf mit einer gehäuften Reisetätigkeit verbunden ist. Versicherungen für Freiberufler tragen zwar mit Zahlungen 2 Wochen nach einem krankheitsbedingten Ausfall zur Absicherung des Lebensunterhaltes bei, dies jedoch nicht im Falle von reproduktionsmedizinischen Behandlungen. Hier bleibt die Frau auf ihren Ausfallkosten allein sitzen.

Da Männer nicht so stark in den Behandlungszyklus eingebunden sind (sie müssen nur einmal während des Behandlungszyklusses zur Abgabe ihrer Spermien antreten), stellt diese Situation eine gravierende Benachteiligung der Frau dar. Dies unabhängig davon, ob die Ursache der Unfruchtbarkeit beim Mann oder bei der Frau liegt. Aber auch der Mann hat - abhängig von seinem Beruf - gelegentlich Schwierigkeiten, diesen einen unplanbaren Termin

zu realisieren. Insbesondere dann, wenn sich die Kinderwunschklinik weit entfernt vom Arbeitsort befindet. Insgesamt sind fortpflanzungsbehinderte Paare gegenüber solchen Paaren, die keine Probleme mit ihrer Fortpflanzung haben, im Beruf schlechter gestellt.

Um häufige Fehlzeiten zu vermeiden, benutzen viele Frauen ihren Jahresurlaub für ihre Kinderwunschbehandlungen. Dieser reicht jedoch meistens nicht aus. Da so eine Behandlung alles andere als Urlaub ist, hat die Frau - manchmal über Jahre hinweg - keinen Erholungsurlaub. Einige Frauen können selbst ihren Jahresurlaub nicht effektiv für die Behandlungen nutzen, da sie diesen beispielsweise bis zum Ende des Vorjahres anmelden müssen und da es nicht möglich ist, die Terminierung des weiblichen Zyklus so weit im Voraus zu kennen.

Manche Frauen haben ein so großes Problem, ihre Behandlungen mit dem Beruf zu vereinbaren, dass sie - sofern es sich finanziell irgendwie einrichten lässt - ihre Arbeit aufgeben oder aber nur noch in Teilzeit arbeiten. Andere Frauen, die sich in einer Ausbildung befinden, geben ihre Ausbildung auf, um arbeiten zu können, damit sie das für ihre Kinderwunschbehandlung nötige Geld zusammen bringen.

Frauen, die einmal eine Fehlgeburt oder eine Eileiterschwangerschaft²⁸ hatten und bei denen dieser Umstand beim Arbeitgeber bekannt wurde, gelegentlich aber auch Frauen, die gerade geheiratet haben, riskieren ihren Arbeitsplatz, da dies für einen Arbeitgeber so zu sagen die letzte Chance ist, eine potentiell Schwangere noch zu entlassen.

4.3. Auswirkungen in speziellen Berufen

In manchen Berufen sind Arbeiten zu verrichten, die sich negativ auf eine Schwangerschaft auswirken. Wird die Schwangerschaft bekannt, fällt die betreffende Arbeitnehmerin unter Mutterschutz und muss Arbeiten zugewiesen bekommen, die ihrer Schwangerschaft nicht schaden. So lange die Schwangerschaft nicht bekannt ist, fällt die Arbeitnehmerin jedoch nicht unter Mutterschutz. Die erste Schwangerschaftswoche beginnt am ersten Tag des Zyklusses, in dem die Befruchtung stattfindet. Zu diesem Zeitpunkt ist die Schwangerschaft noch nicht bekannt. Das Kind jedoch kann durch die Tätigkeit der Mutter insbesondere in den ersten Schwangerschaftswochen schwer geschädigt werden. In manchen Fällen führt das zu einem Abort, in anderen Fällen zur Geburt eines behinderten Kindes. Die Situation, dass der Schwangerschaftsschutz noch nicht in der Zeit vor Bekanntwerden der Schwangerschaft greift, ist für alle schwangeren Frauen in diesen Berufen eine ungünstige Situation, die abzuschaffen ist. Für Frauen in reproduktionsmedizinischer Behandlung jedoch ist eine solche Situation kaum zu ertragen. Denn diese Frauen sind sich in besonderer Weise bewusst, dass sie vielleicht schwanger sind. Da sie ihrem heiß erkämpften Kind in keiner Weise schaden wollen und auch die blanke Angst vor einer Fehlgeburt haben, da sie in besonderer Weise befürchten müssen, nie Mutter zu werden, da vom Erfolg dieses Versuches abhängig ist, ob sie nochmals mehrere tausend Euro in einen weiteren Versuch stecken müssen und ob sie weiterhin auf ihrer Arbeitsstelle Spießruten laufen müssen, sind diese Frauen einem enormen Druck ausgesetzt. Beispiele für solche Berufe sind Krankenschwestern und Ärztinnen auf Intensivstationen, sowie Röntgenassistentinnen. Auch Polizistinnen, die beispielsweise in Schlägereien verwickelt werden und ganze Schichten lang auch bei extremem Wetter draußen stehen müssen, sind davon betroffen.

²⁸ Eine Eileiterschwangerschaft kommt bei assistierten Befruchtungen in etwa 2% aller Fälle vor.

Frauen in Berufen mit Schichtdienst haben das Problem, dass sie aufgrund der Unplanbarkeit ihrer Behandlungstermine immer wieder ihre Schichten tauschen und sich dafür rechtfertigen müssen. Hier seien wieder Frauen in medizinischen Berufen genannt, aber auch Verkäuferinnen, Kindergärtnerinnen, Polizistinnen und Arbeiterinnen in der Produktion.

In vielen Berufen gibt es feste Arbeitszeiten, die unabdingbar mit Arztterminen zusammen fallen. Genannt seien hier stellvertretend für mehrere Berufsgruppen Lehrerinnen, deren häufige Fehlzeiten von den Schülern ausgebadet werden müssen, da ihr Unterricht immer wieder ausfällt.

Wieder andere Berufe bedingen eine feste Terminplanung, wo die Absage eines einzigen Termins weit reichende Konsequenzen hat und die Arbeitnehmerin zusätzlich unter Druck setzt. Das ist zum Beispiel bei Richterinnen der Fall, die ihre Sitzungen mindestens 2 Monate im Voraus planen müssen, alle Beteiligten einladen und dann kurz vor der ICSI alle Beteiligten wieder ausladen müssen. Auch Frauen, die häufiger auf Dienstreise sind oder zur Fortbildung fahren, sind diesem Problem ausgesetzt.

Frauen, die über eine Zeitarbeitsfirma arbeiten und auf eine Festanstellung hoffen, haben sehr schlechte Aussichten auf eine Festanstellung, wenn sie durch ihre Kinderwunschbehandlung häufiger am Arbeitsplatz fehlen. Da Firmen, die mit Zeitarbeitsfirmen zusammen arbeiten, ihre Mitarbeiter oft über mehrere Jahre in diesem Status beschäftigen, ist es diesen Frauen leider auch nicht möglich, vorübergehend ihre Kinderwunschbehandlung zu verschieben.

4.4. Benachteiligung von Frauen in Schwangerschaft und Mutterschutz

Unabhängig von reproduktionsmedizinischen Behandlungen möchten die Verfasserinnen darauf hinweisen, dass es durchaus auch Frauen gibt, die während der Zeit der Schwangerschaft und des Mutterschutzes benachteiligt werden. Das gilt zum Beispiel für Selbständige, die bei Krankheit und Arbeitsunfähigkeit wegen einer Schwangerschaft, sowie während der Zeit des Mutterschutzes kein Geld verdienen. Das wirkt sich bei Selbständigen später auch auf das Elterngeld aus, für das das deutlich geringere Einkommen vor der Zeit der Schwangerschaft zugrunde gelegt wird.

4.5. Lösungsvorschläge

→ Die Verfasserinnen schlagen vor, den Kündigungsschutz zum Schutz von Frauen in der Phase der Familiengründung auf die Zeit, in der reproduktionsmedizinische Behandlungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durchgeführt werden, auszuweiten. Der Schutz sollte idealer Weise spätestens ab dem Zeitpunkt beginnen, ab dem die erste Kinderwunschbehandlung begonnen hat. Enden könnte ein solcher Schutz im Falle, dass es nicht ohnehin zur Geburt eines Kindes gekommen ist, etwa 1 Jahr nach einer solchen Behandlung.

→ Der Kündigungsschutz sollte auch auf solche Frauen ausgedehnt werden, die bereits eine Fehlgeburt, eine Eileiterschwangerschaft oder Ähnliches erlitten haben, was vermuten lässt, dass sich diese Frau um eine erneute Schwangerschaft bemühen wird. Begrüßenswert wäre

auch einen Kündigungsschutz nach einer Hochzeit. Auch hier erscheint eine Jahresfrist angemessen.

→ Sanktionen gegen Mobbing am Arbeitsplatz, insbesondere durch Vorgesetzte, sollten verschärft werden, insbesondere auch in den oben genannten Fällen.

→ Wenn eine Arbeitnehmerin wegen reproduktionsmedizinischer Behandlungen häufig an ihrem Arbeitsplatz fehlt, wenn sie tatsächlich schwanger wird und hinterher in den Mutterschutz geht, dann ist das für den Arbeitgeber immer mit zusätzlichen Kosten verbunden. Insbesondere auch für kleine Betriebe kann das zu einer Belastungsprobe werden. Insofern ist es manchmal auch verständlich, wenn ein Arbeitgeber versucht, eine Frau, die anstrebt, Mutter zu werden, los zu werden. Um hier die Lasten gleichmäßiger zu verteilen und den Arbeitgeber vor Verlusten aufgrund der Schwangerschaft einer bestimmten Mitarbeiterin zu bewahren, schlagen die Verfasserinnen einen Fonds vor, in den alle Arbeitgeber pro Beschäftigtem (egal, ob männlich oder weiblich) einzahlen und aus dem diese Arbeitgeber im Falle eines Ausfalls durch Umstände, die mit der Familiengründung einer Mitarbeiterin zusammen hängen, den Ausfall ersetzt bekommen. Das könnte beispielsweise über erhöhte Beiträge des Arbeitgebers an die Krankenkassen erfolgen, um den Verwaltungsaufwand möglichst gering zu halten.

→ Eine Arbeitnehmerin dürfte allerdings nicht dazu verpflichtet werden, ihrem Arbeitgeber die reproduktionsmedizinische Behandlung anzuzeigen. Hier sollte die Regelung so gestaltet werden, dass die Arbeitnehmerin selbst darüber entscheidet, ob sie ihre Behandlung dem Arbeitgeber anzeigt und ihm somit die Vergünstigung, aus dem o.g. Fonds bedient zu werden, zukommen lassen will. Familienfreundliche Arbeitgeber, die das Vertrauen ihrer Mitarbeiterinnen haben, werden bei einer solchen Regelung im Vorteil sein.

→ Für Freiberuflerinnen sollte es eine Versicherung geben, die auch einen Ausfall wegen reproduktionsmedizinischer Behandlung, Schwangerschaft und Mutterschaft mit abdeckt. Eine solche Versicherung sollte für alle Freiberufler zur Pflicht werden. Insbesondere sollte Sorge dafür getragen werden, dass auch Männer in diese Versicherung mit einzahlen. Gut realisierbar wäre das, wenn jede PKV diese Komponente mit in ihr Programm aufnimmt und wenn eine PKV die Aufnahme eines bzw. einer neuen Versicherten nicht von dem Merkmal der Fortpflanzungsfähigkeit abhängig machen darf.

→ Arbeitnehmerinnen in Berufen mit Tätigkeiten, die eine Schwangerschaft gefährden, sollten das Recht haben, ihre beabsichtigte Familiengründung dem Arbeitgeber anzuzeigen, um von den gefährdenden Tätigkeiten in den fraglichen Zeiten frei gestellt zu werden. Arbeitnehmerinnen, die im Schichtdienst arbeiten, sollten das Recht bekommen, jederzeit wegen ihrer reproduktionsmedizinischen Behandlung am Arbeitsplatz zu fehlen. Wenn die Arbeitnehmerin ohne die Befürchtung von Sanktionen ihr Problem bekannt geben kann, wird es auch für den Arbeitgeber leichter sein, Notfallpläne zu erarbeiten.

→ Wie bereits oben dargelegt, sollte die Finanzierung reproduktionsmedizinischer Behandlungen sozialverträglich gestaltet werden. So wird dann auch keine Frau mehr dazu gezwungen sein, wegen des nötigen Geldes eine Fortbildung abzubrechen. Firmen, die mit Zeitarbeitsfirmen zusammen arbeiten, sollten dazu verpflichtet werden, Leiharbeiter nach einem halben Jahr einzustellen. Insofern wäre für die fortpflanzungsbehinderte Frau die Zeit abzusehen, bis sie sich wieder in medizinische Behandlung begeben kann, um ein Kind zu bekommen.

III. Artikel 12 CEDAW

(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Bereich des Gesundheitswesens, um der Frau gleichberechtigt mit dem Mann Zugang zu den Gesundheitsdiensten, einschließlich derjenigen im Zusammenhang mit der Familienplanung, zu gewährleisten.

(2) Unbeschadet des Absatzes 1 sorgen die Vertragsstaaten für angemessene und erforderlichenfalls unentgeltliche Betreuung der Frau während der Schwangerschaft sowie während und nach der Entbindung und für die ausreichende Ernährung während der Schwangerschaft und der Stillzeit.

5. Kritik an Gesundheitsdiensten zur Erhaltung der Fruchtbarkeit und an Gesundheitsdiensten im Zusammenhang mit reproduktionsmedizinischen Behandlungen

5.1. Gesundheitsdienste zur Erhaltung der Fruchtbarkeit

Wer die Geschichten der unzähligen ungewollt kinderlosen Paare hört oder liest, der muss sich zwangsläufig die Frage stellen, ob die Fortpflanzungsbehinderung nicht in dem einen oder anderen Fall zu verhindern gewesen wäre. Vorbeugen ist besser als heilen. Daher legen die Verfasserinnen einen großen Wert darauf, Fruchtbarkeitsprobleme dort zu verhindern, wo sie zu verhindern sind.

Die Verhinderung von Fruchtbarkeitsproblemen wird gesellschaftlich viel zu gering bewertet. Das drückt sich bereits darin aus, dass so gut wie alle staatlichen Hilfen im Zusammenhang mit der Familiengründung nur auf die Schwangerschaft und den Mutterschutz bezogen sind. Das drückt sich auch darin aus, dass Kinder in der Schule zum Thema Fruchtbarkeit nur über Verhütung aufgeklärt werden, nicht aber über Fruchtbarkeitsprobleme und vorbeugende Maßnahmen zur Minimierung von Fruchtbarkeitsproblemen. Die Geschichten ungewollt Kinderloser zeigen, dass diese Menschen manchmal zu einem früheren Zeitpunkt von einem Mediziner falsch behandelt oder falsch beraten wurden. Die Geschichte einer ungewollt kinderlosen Ärztin veranschaulicht das Problem recht deutlich:

„Als mein Mann zytostatische Medikamente auf Grund seiner Nierenerkrankung verschrieben bekam, hätte uns, wenn wir nicht nachgefragt hätten, keiner über die embryotoxische Wirkung dieser Medikamente aufgeklärt. Der Urologe hat meinen Mann dahingehend beraten, dass es nichts bringe, Sperma einzufrieren, da man mit den 1-2 Proben, die er bis zum Therapiebeginn abgeben könne (der dringlich war) nicht weit käme. Der Fehler lag darin, dass uns dann davon abgeraten wurde, Sperma einzufrieren. In so einer existentiellen Situation kann man vom Patienten auch nicht erwarten, das selbst alles zu recherchieren. Und ich finde, dass in solchen Fällen die Kosten für das Einfrieren übernommen werden müssten. Ich kenne einige junge Krebspatienten, die wegen der hohen Kosten für das Einfrieren davon abgehalten wurden, etwas für ihre spätere Fruchtbarkeit zu tun.

Ich muss vielleicht hinzufügen, dass ich in meinem Medizinstudium keine einzige Stunde etwas über Repro-Medizin gehört habe. Man kann den Kollegen nicht wirklich vorwerfen, dass sie so wenig wissen. Ich habe auch noch nie gesehen, dass dazu auf dem Markt für Hausärzte, Urologen, Internisten etc. mal Fortbildungen angeboten würden. Im Studium

haben wir zwar immer mal wieder gehört, welche Therapien man in der Schwangerschaft nicht anwenden darf, über Fruchtbarkeitsschädigende Therapien haben wir eigentlich nie was gehört. Einzig in meinem (freiwillig besuchten) Transfusionsmedizinischem Kurs hab ich mal was über Blutgruppenunverträglichkeiten gehört, die später eine Schwangerschaft erschweren. Und klar, während einer Chemotherapie zum Verhüten anhalten, das habe ich gelernt. Zusammenfassend kann man sagen: Schon vorhandene Kinder schützt die Medizin oder verhindert die Entstehung behinderter Kinder - aber wie man Kinder zeugen hilft, damit hat sie nichts zu tun.“

Ein vermeidbares Fruchtbarkeitsproblem beim Mann ist zum Beispiel ein zu spät erkannter Hodenhochstand. Wie gründlich unsere Kinder heute in dieser Hinsicht untersucht werden, das werden wir erst in etwa 20 Jahren bemerken. Die derzeitige Impfmüdigkeit und -gegnerschaft trägt auch zu einer verminderten Impfung gegen Mumps bei Jungen bei. Das Risiko für einen erwachsenen und nicht geimpften Mann, durch eine Infektion seine Fruchtbarkeit zu verlieren, steigt.

Fruchtbarkeitsprobleme bei der Frau gibt es zum Beispiel durch verklebte Eileiter. Diese sind häufig auf eine Chlamydieninfektion zurück zu führen, die nicht behandelt wurde. Der Test auf Chlamydien ist eine IGeL-Leistung, die nicht von den Kassen bezahlt und daher zu selten durchgeführt wird. Endometriosen werden oft zu spät erkannt und behandelt. Zysten werden oft nicht ernst genug genommen.

Der Schutz der Geschlechtsorgane ist in der Bundesrepublik leider eine Utopie. Die äußeren und inneren Geschlechtsorgane inkl. der Gonaden und Ovarien von intersexuellen Menschen werden auch heute noch ohne die aufgeklärte Zustimmung der Betroffenen entfernt, durch Medikamente absichtlich zerstört (AGS). Transsexuelle Menschen werden dazu genötigt, ihre Fruchtbarkeit aufzugeben, um in ihrem wahren Geschlecht anerkannt zu werden.

5.2. Verbesserungs- / Lösungsvorschläge

→ Die Verfasserinnen schlagen vor, eine allgemeine Aufklärung der Bevölkerung über vermeidbare Ursachen der ungewollten Kinderlosigkeit voran zu treiben. Hauptsächlich sollten junge Menschen gut informiert werden, am Besten im Zusammenhang mit dem Aufklärungsunterricht in der Schule. Den Schülern sollte auf jeden Fall der Zusammenhang zwischen Fruchtbarkeit und Alter deutlich gemacht werden, um ihnen die Möglichkeit zu geben, die eigene Lebensplanung bewusst darauf auszurichten. Auch die Aufklärung darüber, dass sexuell übertragene Erkrankungen wie z.B. Chlamydien zu Fruchtbarkeitsstörungen führen können, gehört in den Sexualkundeunterricht. Den jungen Menschen sollte zudem bewusst gemacht werden, was ungewollte Kinderlosigkeit bedeutet und wie schwer es für ein unfruchtbares Paar unter Umständen werden kann, wenn es seinen Fortpflanzungswunsch mit viel Glück nur noch mittels reproduktionsmedizinischer Behandlungen erfüllen kann.

→ Die Ausbildung von Hausärzten und von Ärzten solcher Fachrichtungen, die in ihrer Praxis ein sich anbahnendes und vermeidbares Fruchtbarkeitsproblem erkennen könnten, sollte auf diese speziellen Punkte erweitert werden. Dazu könnte ein Kreis von Experten allgemeine Richtlinien erstellen, zu deren Einhaltung die Ärzte verpflichtet werden. Bei Nichteinhaltung dieser Richtlinien müssten Geschädigte die Ärzte dann auch haftbar machen können. Das heißt, dass dann eben im Falle der ungewollten Kinderlosigkeit die Ärzte, die

diese durch einen Behandlungs- oder Beratungsfehler zu verantworten haben, die teure reproduktionsmedizinische Behandlung bezahlen müssten und nicht - wie es derzeit verlangt wird - das betroffene ungewollt kinderlose Paar.

→ Jungen Männern, bei denen die Familienplanung noch nicht abgeschlossen ist, sollte vor einer notwendigen fruchtbarkeitsschädigenden Therapie grundsätzlich zum Einfrieren von Spermia geraten werden. In einem Sozialstaat sollte dies auch eine Kassenleistung sein. Junge Menschen haben nicht immer das nötige Geld für eine Kryokonservierung mit fortbestehenden Lagerungskosten. Insbesondere von jungen Männern kann man auch nicht erwarten, dass sie zu einem Zeitpunkt, wo sie unter einer schweren Krankheit leiden, das Leid einer späteren ungewollten Kinderlosigkeit ermassen können.

→ Eltern von Söhnen, die die Impfung ihrer Kinder gegen Mumps ablehnen, sollten in jedem Fall darüber aufgeklärt werden, dass eine Mumps-Infektion beim erwachsenen Mann das Risiko eines Fruchtbarkeitsverlustes beinhaltet.

→ Das Einfrieren unbefruchteter Eizellen, sowie die Entnahme und Kryokonservierung von Eierstocksgewebe mit anschließender Retransplantation sind noch experimentell. Dennoch sollte auch bei Frauen vor einer zytostatischen Therapie ein Aufklärungsgespräch erfolgen, um noch Möglichkeiten zur Sicherung ihrer Fortpflanzung abzuchecken.

→ Chlamydien-Screenings, die in jungen Jahren wirklich sinnvoll wären, um eine Infektion früh zu therapieren, sowie alle anderen fertilitätserhaltenden Maßnahmen auch, sollten Kassenleistungen werden. Der Test auf Chlamydien könnte im Rahmen der normalen Vorsorgeuntersuchungen bei Frauen standardmäßig durchgeführt werden.

→ Es bedarf einer generellen Reform des medizinischen Rechts und des Abbaus jeglicher Diskriminierung hinsichtlich vorhandener Geschlechtsorgane. Eine Zuweisung als Frau darf in Zukunft nicht mehr automatisch dazu führen, dass die intersexuelle Frau all ihre Autonomie über ihren Körper verliert und Opfer der Pathologisierungswut von Medizinern wird. Transsexuelle Menschen sollten das Recht haben, ihre Fruchtbarkeit zu erhalten und trotzdem juristisch in ihrem wahren - nicht mit den Geschlechtsorganen identischen - Geschlecht zu leben. Die Natur, die Individualität des Körpers und die Geschlechtsorgane, die Fruchtbarkeit und die Balance der Hormone sind gleichberechtigte Werte, die es stärker zu schützen gilt. Das wäre zu erreichen, wenn jedes Geschlechtsorgan, jede funktionstüchtige Keimdrüse durch ein entsprechendes Gesetz geschützt wird, unabhängig vom juristischen Geschlecht, in dem der Mensch lebt.

5.3. Gesundheitsdienste im Zusammenhang mit reproduktionsmedizinischen Behandlungen

Die Berichte von ungewollt kinderlosen Paaren, die sich in einer reproduktionsmedizinischen Behandlung befinden, zeigen relativ häufig, dass vor der Durchführung einer solchen Behandlung zu wenig Diagnostik betrieben wird. Gut informierte Paare, die sich beispielsweise im Internet über alle möglichen Ursachen informieren, warum reproduktionsmedizinische Maßnahmen nicht anschlagen, haben deutlich bessere Chancen, den Traum von ihrem Wunschkind zu realisieren. Jedoch kann man nicht von jedem Patienten erwarten, dass er alle möglichen Ursachen für sein Problem erstmal selbst studiert, analysiert und dann auch die richtigen Schlussfolgerungen trifft.

Ein paar Beispiele sollen zeigen, welche Untersuchungen zu selten durchgeführt werden. Eine mögliche Ursache, warum reproduktionsmedizinische Behandlungen fehlschlagen, sind eine Schilddrüsenunterfunktion und Schilddrüsen-Autoimmunerkrankungen bei der Frau. Solche Frauen haben verminderte Aussichten, schwanger zu werden.²⁹ Trotzdem werden diese Werte vor einer Kinderwunschbehandlung häufig unvollständig oder gar nicht überprüft. Frauen, bei denen nur eine unzureichende Diagnostik stattgefunden hat, wiegen sich in Sicherheit, da ja ihrer Meinung nach eine durch die Schilddrüse bedingte Fortpflanzungsbeeinträchtigung ausgeschlossen wurde. Die Verfasserinnen haben auch festgestellt, dass die meisten Reproduktionsmediziner sich mit dem Problem „Schilddrüse“ nicht auskennen. Häufig sind Reproduktionsmediziner der Meinung, dass die Schilddrüse im konkreten Fall keine Ursache für das Ausbleiben der Schwangerschaft sein kann.

Genetisch bedingte Gerinnungsstörungen, wie MTHFR-Polymorphismen, die die Fruchtbarkeit beeinträchtigen, sind in Europa weit verbreitet. Etwa 40% der Bevölkerung sind davon heterozygot und 11% sind homozygot betroffen. Aufgrund des damit einhergehenden Folatmangels kann das nicht nur zu Einnistungsstörungen führen, sondern auch zu Fehlbildungen beim Kind. Andere Gerinnungsstörungen, Protein C und S-Mangel zum Beispiel (Vorkommen bei 2-3% der Bevölkerung), führen nachweislich zu einem deutlich erhöhten Fehlgeburtsrisiko und können die Einnistung behindern.

Die Gefahr bei Frauen, die trotz dieser (nicht erkannten) Besonderheit eine IVF durchführen lassen, ist, dass sie ein deutlich erhöhtes Thromboserisiko haben. Wenn solche Frauen ohne Zugabe von Heparin im Rahmen der IVF mit weiblichen Hormonen stimuliert werden und später auch in der Schwangerschaft ist ihr Thromboserisiko und damit die Gefahr einer Lungenembolie weiter erhöht. Es gibt Studien, die einen Zusammenhang zwischen Gerinnungsstörungen und Einnistung belegen. Dieser Zusammenhang wurde auch von Betroffenen in Erfahrungsberichten bestätigt.

Trotzdem werden die Frauen nicht in allen Kinderwunschpraxen auf eine Gerinnungsstörungen untersucht! In Fällen, wo vor der Kinderwunschbehandlung Gerinnungsstörungen diagnostiziert werden, kann man dem Problem mit entsprechenden Medikamenten begegnen. Berichte von Betroffenen zeigen, dass eine solche Diagnose manchmal erst nach mehreren negativen Versuchen mit IVF oder ICSI gestellt werden.

Studien haben bei 10 - 30% der Sterilitätspatientinnen (je nach Studie) anatomische Veränderungen der Gebärmutter gefunden, welche je nach Ausprägung einen Einfluss auf die Einnistung haben können. Trotzdem finden Gebärmutter Spiegelungen zu Beginn einer Kinderwunschbehandlung nur relativ selten statt.

Nicht alle Urologen haben genug Fachwissen über die Diagnostik des Fruchtbarkeitsstatus. Männer werden zu spät auf ihre Fruchtbarkeit untersucht. Häufig erfolgt das erst nach den ersten Behandlungsversuchen der Frau. Das Spermogramm erfolgt nicht immer nach dem WHO-Standard, der Bedingungen zur Karenzzeit und zum Transport festlegt. So sollen die

²⁹ Auf den von Dr. Leveke Brakebusch / Prof. Heufelder gestalteten Webseiten findet man umfangreiche und vor allem aktuelle Infos über SD-Unterfunktion: www.hashimotothyreoidits.de und –Überfunktion: www.morbusbasedow.de .

Literaturhinweise zum Thema Schilddrüse und Kinderwunsch:

„Die gesunde Schilddrüse“, erschienen im Mosaik-Verlag,

Dr. Redha Arem, „The Thyroid Solution“, erschienen bei Ballentine Books New York

Paare manchmal das Sperma selbst von zu Hause aus ohne weiteren Schutz in einem Becher ins Labor bringen. Bei einer falschen Temperatur sterben Spermien bereits vor der Untersuchung ab. Das in seiner Validität stark untersucherabhängige Spermogramm wird oft durch Ungeübte ausgezählt, so dass es zu falschen Untersuchungsergebnissen kommt. Auch die Therapiemöglichkeiten sind vielen Urologen zu wenig bekannt. Es gibt Urologen, die Männern zur Erhöhung ihrer Fruchtbarkeit Testosteron verordnen, obwohl es erwiesen ist, dass die Gabe von Testosteron sich negativ auf die Fruchtbarkeit auswirkt. Hormonelle Fehlsteuerungen beim Mann können die Spermiogenese beeinflussen und sind oft mit Medikamenten behandelbar, so dass Kinderwunschaare in einigen Fällen auf eine invasive Behandlung verzichten könnten. Durch falsche Diagnostik und Fehlbehandlungen beim Mann werden die Frauen dann unnötigen invasiven Kinderwunschbehandlungen ausgesetzt.

Das Deutsche IVF Register³⁰ weist die Erfolgsraten (Schwangerschaftsraten pro Embryonentransfer) in den deutschen Fertilitätszentren aus. Auffällig ist, dass die Erfolgsraten deutlich voneinander abweichen. Während sich die beiden Zentren mit der höchsten Schwangerschaftsrate pro Embryonentransfer über gut 41% freuen dürfen, erreichte das Zentrum mit dem niedrigsten Erfolg nur 3%, gefolgt von zwei Zentren mit nur 5% Schwangerschaftsrate pro Embryonentransfer und noch einem weiteren Zentrum unter der 10% Marke. Die Namen dieser Zentren werden nicht veröffentlicht. Das heißt, Paare bzw. Frauen, die sich in solchen Kinderwunschpraxen in Behandlung begeben, wissen nicht, dass ein Misserfolg in dieser bestimmten Praxis bereits vorprogrammiert ist.

Aber nicht nur eine unzureichende Diagnostik trägt zu unnötigen invasiven Behandlungen bei der Frau bei. Auch das Embryonenschutzgesetz, das in vielen Fällen keine optimale Vorgehensweise erlaubt, bewirkt, dass sich manche Frauen häufiger als zur Realisierung ihres Kinderwunsches nötig in reproduktionsmedizinische Behandlung begeben müssen (Weiterkultivierung von mehr als 3 Embryonen; siehe oben). Unnötige hormonelle Stimulationen und Punktionen bei der Frau sind als eine Form der Körperverletzung zu betrachten!

5.4. Verbesserungs- / Lösungsvorschläge

→ *Die Verfasserinnen schlagen vor, sinnvolle Untersuchungen vor einer Kinderwunschbehandlung, sowie für die Ärzte verbindliche Richtlinien festzuschreiben. Ärzte, die die darin enthaltenen Untersuchungen versäumen, müssen haftbar gemacht werden können, wenn sich später herausstellt, dass ein Problem vorliegt, das sie hätten vor der Behandlung feststellen müssen. Das heißt, die Ärzte müssten in solchen Fällen die bisher erfolgten negativen Versuche selbst bezahlen und den Patienten obendrein noch eine Entschädigung für die sinnlose Körperverletzung geben.*

→ *Eine Untersuchung der Schilddrüsenfunktion sollte nicht nur die Diagnostik von TSH, sondern bei erhöhtem TSH (ab einem Wert von 2,0 oder 2,5) auch die von freien Bluthormonen und die von Antikörpern (FT3, FT4, TPO-AK) beinhalten. So eine Analyse verursacht im Vergleich zu einer IVF nur geringe Kosten.*

→ *Auch die Diagnostik von Gerinnungsstörungen bei der Frau, sowie ein aussagekräftiges Spermogramm des Mannes mit zusätzlicher Diagnostik der Hormonwerte Testosteron, LH,*

³⁰ www.deutsches-ivf-register.de / Jahresbericht 2006

FSH, Prolactin, sowie TSH (Schilddrüsendiagnostik) sollten Voraussetzung vor Beginn der ersten Kinderwunschbehandlung (Insemination / IVF / ICSI) sein.

→ Ebenso sollte spätestens nach einem misslungenen Versuch unter guten Bedingungen eine Gebärmutter Spiegelung zum Ausschluss von Einnistungshindernissen durchgeführt werden.

→ Notwendige Untersuchungen sollten immer frühzeitig erfolgen und dürfen nicht auf das Budget der Ärzte angerechnet werden. Wenn die Krankenkassen die durch fehlende Diagnostik sinnlos erfolgenden teuren Versuche mit IVF und ICSI teilweise finanzieren müssen, sollten sie selbst auch ein Interesse an der Vermeidung sinnloser Versuche haben. In Fällen, wo die Krankenkassen die Versuche nicht mitfinanzieren müssen, ist besonderer Wert auf eine Qualitätskontrolle von anderer Seite zu legen.

→ Kinderwunschpatienten sollten einen Anspruch auf eine gezielte und fachkundige Beratung durch den behandelnden Arzt haben. Für eine solche Beratung, die schriftlich zu dokumentieren ist, sollten feste Inhalte vorgegeben werden.

→ Kinderwunschpatienten, die möglicherweise aufgrund fehlender Diagnostik keinen Erfolg mit ihrer Behandlung hatten, sollten einen gesetzlichen Anspruch auf Erstattung ihrer Kosten bzw. auf Nichtanrechnung dieser Versuche auf die Zahl der bereits von den Kassen teilweise finanzierten Versuche haben.

→ Aborte sollten grundsätzlich genetisch untersucht werden, um festzustellen, ob bei der Mutter ein erhöhtes Abortrisiko besteht. Wenn dies der Fall ist, sollte die Mutter bei der Planung weiterer Schwangerschaften hinsichtlich dieses Risikos fachkundig beraten werden und gegebenenfalls die gebotene Unterstützung erhalten.

→ Die behandelnden Ärzte sollten sich nicht ausschließlich auf ihre bisherigen Erfahrungen stützen, sondern mit einem sinnvollen, breit gefächerten und flexiblen Praxisschema auch Rücksicht auf das Individuum und den Einzelfall nehmen. Sie sollten in der Lage sein, Zusammenhänge zu erkennen, die über den eigenen fachspezifischen Horizont hinausgehen. Dies kann jedoch nur dadurch ermöglicht werden, dass das dafür notwendige Wissen auch an alle Ärzte, die Kinderwunschbehandlungen durchführen, heran getragen und nach neuen Erkenntnissen aktualisiert wird.

→ Reproduktionsmedizinische Zentren mit einer zu geringen Erfolgsrate sollten zu einer externen Qualitätskontrolle verpflichtet werden (z. B. unter Führung der zuständigen Landesärztekammern oder Kassenärztlichen Vereinigungen) und bei Persistenz der schlechten Ergebnisse die Zulassung zur Behandlung von Kassenpatienten verlieren. Die Erfolgsraten pro Kinderwunschzentrum sollten für die Patienten transparenter dargestellt werden. Denkbar wäre eine Eingruppierung der Zentren durch zuständige Aufsichtsgremien in Erfolgsgruppen. Dabei könnten Gütersiegel ähnlich wie bei der Stiftung Warentest vergeben werden. Auch die nicht anonymisierte Veröffentlichung bestimmter Auszüge aus den Erfolgsstatistiken, die auf der gleichen Datenbasis mit Patientengruppen in gleicher Ausgangslage beruhen, wäre denkbar. Um dabei ein unverfälschtes Bild zu gewährleisten, müsste die prospektive Meldepflicht eingeführt werden, bei der die Daten bereits bei Therapiebeginn online auf dem Server hinterlegt werden.

Schlussbemerkungen

In der Vergangenheit ist unser Verein immer wieder an die zuständigen politischen Gremien heran getreten, um auf die unhaltbare Situation ungewollt Kinderloser in Deutschland hinzuweisen und die Situation für diese Betroffenen zu verbessern. Wir wissen auch, dass andere Initiativen mit dem gleichen Ziel immer wieder an die politischen Entscheidungsträger heran getreten sind. Ebenso gab es zahlreiche Proteste, Briefe und e-mails von Betroffenen, die sich in einem großen Umfang auch mit ihren Bundestagsabgeordneten getroffen haben, um die Probleme darzulegen. Bisher jedoch haben alle diese Aktivitäten kaum einen spürbaren Erfolg gezeigt.

Wir wünschen uns von Herzen, dass die Bundesregierung in Zusammenarbeit mit dem Familienministerium und dem Gesundheitsministerium den vorliegenden Bericht zum Anlass nimmt, um unsere Vorschläge nun endlich in die Praxis umzusetzen und damit die Menschenrechtsverletzungen an Kinderwunschaaren und insbesondere an den Frauen zu beenden.

Nicht zuletzt wollen wir darauf hinweisen, dass es bei den im Kapitel 2 und 3 dargestellten Problematiken auch um Menschenrechtsverletzungen an Kindern geht. Im Fall der Gametenspende im Zusammenhang mit Reproduktionstourismus werden fast immer keine Spender(innen)daten aufgehoben. Im Fall der Provokation von Mehrlingsschwangerschaften kommen häufiger Kinder mit gesundheitlichen Problemen auf die Welt. Im Fall des Verbots der PID wird der Tatbestand geschaffen, dass auch bei Eltern mit schweren Erbkrankheiten, die eine PID gewünscht hätten, Kinder geboren werden, die teils extrem leiden müssen. In allen o.g. Fällen und in allen Fällen, wo unsere Solidargemeinschaft nicht bereit war, die Eltern auf ihrem Weg zum Wunschkind finanziell oder organisatorisch zu unterstützen, werden Kinder mit dem Gefühl aufwachsen, in diesem Land gerade so geduldet, aber nicht akzeptiert zu sein.