

Soziale und verfassungsrechtliche Konsequenzen des § 27 a SGB V

Seit der Gesundheitsreform 2004 müssen ungewollt Kinderlose 50% Eigenanteil leisten, wenn sie medizinische Unterstützung bei der Herbeiführung einer Schwangerschaft benötigen. Dabei erfolgt keine Berücksichtigung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Paares; diese Eigenbeteiligung wird bei der 2% Regelung (Belastungsgrenze) nicht angerechnet.

Nach unserer Auffassung ist der neue § 27 a SGB V verfassungswidrig und damit unwirksam.

Wir argumentieren dahingehend, dass die Neuregelung gegen Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (Gleichheitsgebot), Art. 6 Abs. 1 GG (Schutz von Ehe und Familie) iVm. Art. 2 Abs. 1 GG (Freie Entfaltung der Persönlichkeit), Art. 20 Abs. 1 GG (Sozialstaatsprinzip) sowie gegen das Prinzip des Vertrauensschutzes verstößt.

Der Verstoß gegen das Gleichheitsgebot besteht unserer Meinung nach darin, dass die Gruppe der ungewollt Kinderlosen ungleich gegenüber vergleichbaren Gruppen von Versicherten belastet wird und dass diese Ungleichbehandlung willkürlich erfolgt.

Der Verstoß gegen den Schutz von Ehe und Familie und die freie Entfaltung der Persönlichkeit besteht darin, dass durch die Neuregelung unzulässigerweise in die Familienplanung der Versicherten eingegriffen wird, da die Realisierung des Kinderwunsches zu einer reinen Kostenfrage wird, und einkommensschwache Versicherte dazu gezwungen werden ggf. auf das Wunschkind zu verzichten.

In dieselbe Richtung zielt die gerügte Verletzung des Sozialstaatsprinzips, denn durch die Neuregelung läuft es darauf hinaus, dass sich die Frage des Nachwuchses am Portemonnaie entscheidet.

Also: "Kinder(-wunschbehandlung) nur noch für Reiche".

Das Problem in diesem Zusammenhang ist nach unserer Meinung hier der, dass der Gesetzgeber - anders als in der Gesetzesbegründung angegeben - es versäumt hat, wie in allen anderen Fällen eine Obergrenze der finanziellen Belastbarkeit festzulegen (2 bzw. 1 Prozent des Bruttoeinkommens).

Es ist höchst fraglich, warum Kinderwunschpaare zunächst mehrere Tausend Euro Eigenleistung leisten müssen, sich aufgrund des strengen deutschen Embryonenschutzgesetzes mit einer geringen Erfolgswahrscheinlichkeit zufrieden geben müssen und dann zuletzt, wenn sie ohne Erfolg bleiben, dann noch den Zuschlag für Kinderlose zur Pflegeversicherung zahlen müssen!

Selbst die Paare, die ihr Kind vor der Geburt verlieren, werden in diesem Zusammenhang als kinderlos eingestuft. Dieses Vorgehen sehen die Betroffenen als eine unzumutbare Härte an.

Kinderwunsch ist ein menschliches Grundbedürfnis, kein Luxuswunsch!

Warum Streichung der Altersgrenze 25?

Es ist nicht nachvollziehbar, warum Paare unter 25 von der Kostenübernahme ausgeschlossen werden sollen. Möglicherweise hat der Gesetzgeber sich zu diesem Schritt entschlossen, weil es Paare gibt, die sich mit Hilfe der assistierten Befruchtung behandeln lassen, obwohl sie auch noch eine winzige Chance haben, auf dem natürlichen Weg schwanger zu werden.

Wenn man solchen Paaren noch die Chance geben möchte, die Unannehmlichkeiten einer assistierten Befruchtung zu umgehen, kann man nicht gleichzeitig solche Paare von der Kostenerstattung ausschließen, bei denen es definitiv keine Chance gibt.

Aus welchem Grund soll eine 20-Jährige mit verschlossenen Eileitern und Kinderwunsch 5 Jahre warten, bis sich ihre Eizellen und damit ihre Erfolgsaussichten verschlechtert haben? Warum soll sie deshalb ihre vorbildliche Lebensplanung umstellen? Die aktuelle Politik der Bundesregierung zielt gerade darauf ab, dass sich die Paare möglichst früh zu einem Kind entscheiden sollen. Warum gilt das in diesem Fall nicht?

Warum Streichung der Altersgrenze 40 bei der Frau und 50 beim Mann?

Die Altersgrenze 40 ist willkürlich gesetzt. Denn statistisch betrachtet sind die großen Einbrüche in der Fruchtbarkeit der Frau bereits mit 35 und dann noch einmal mit 43. Aber individuell kann das bei jeder Frau anders sein. Manche Frau unter 35 hat keine Chance mehr, während manche 43-jährige durchaus eine realistische Chance auf ein Kind hat. Daher fordern wir eine Indikationslösung.

Wenn auch die Fruchtbarkeit beim Mann mit zunehmendem Alter zurückgeht, so sollte man doch auch hier die individuellen Erfolgsaussichten berücksichtigen. Es gibt eine Reihe von unfruchtbaren jüngeren Frauen, die mit einem über 50-jährigen fruchtbaren Mann verheiratet sind. Warum verwehrt man diesen Frauen die Chance auf ein Kind? Es gibt keine medizinischen Belege dafür, dass Männer ab 50 J. weniger fruchtbar sind, warum also diese Grenze?

Warum Abschaffung der Benachteiligung Unverheirateter und Abschaffung der Benachteiligung von Paaren, die auf heterologe Befruchtungen ausweichen müssen?

Wir meinen, diese Regelung ist verfassungswidrig (Grundgesetz, Artikel 3). 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.

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. In anderen Rechtsbereichen hat der Gesetzgeber dieser Entwicklung bereits Rechnung getragen, so im neuen Kindschaftsrecht.

Bestehen zusätzlich zur Zeugungsunfähigkeit des Mannes auch Fruchtbarkeitsprobleme bei der Frau, sind auch diese ungerechtfertigterweise von der Kostenerstattung ausgeschlossen.

Fortpflanzungsfreiheit ist auch international als Menschenrecht anerkannt, u.a. in der UNO-Frauenkonvention (Art. 16, 1). Sie garantiert „das Recht auf freie und verantwortliche Entscheidung über die Zahl der Kinder und den Abstand der Geburten“. Nicht jeder verfügt über so große finanzielle Möglichkeiten, dass er sich eine Kinderwunschbehandlung von mehreren tausend Euro leisten kann. Die Möglichkeit der Fortpflanzung vom Kontostand abhängig zu machen bezeichnen wir als eine Selektion, bei der sich einkommensstärkere Menschen vermehren dürfen, finanziell schlechter gestellte nicht.

Sterilität als Krankheitsbegriff

In den meisten Fällen ist eine Krankheit die Ursache für einen unerfüllten Kinderwunsch, z.B. verschlossene Eileiter, Verlust von Eierstöcken oder Gebärmutter nach Operationen, Spermienfehlbildungen u.v.m. Trotzdem ist in Deutschland bis heute Sterilität nicht als Krankheit anerkannt worden.

Die ungewollt Kinderlosen fühlen sich daher diskriminiert, dass die Kinderwunschbehandlung nicht als Krankheitsfolge anerkannt wird! Worin liegt der Unterschied zwischen kranken Fortpflanzungsorganen und beispielsweise einem kranken Rücken?

Sicher, es gibt kein „Recht auf Kinder“! Auch die anderen Kranken haben ihrem Arzt gegenüber kein "Recht auf Heilung".

Aber warum fordert man von den ungewollt Kinderlosen eine unverhältnismäßig hohe Eigenbeteiligung, wenn gleichzeitig bei anderen Erkrankungen ganz selbstverständlich die neuesten Behandlungsmethoden zur Verfügung gestellt werden?

Die WHO hat Sterilität als Krankheit anerkannt:

„Reproduktive Gesundheit ist der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen bei allen Aspekten, die mit den Fortpflanzungsorganen und ihren Funktionen und Prozessen verbunden sind. Reproduktive Gesundheit bedeutet deshalb, dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie davon Gebrauch machen.“

Quelle:

Summary of the ICPD Programme of Action
Chapter VII, Reproductive Rights and Reproductive Health

Auswirkungen auf die Geburtenraten

In der letzten Zeit denken viele Experten und Politiker darüber nach, wie die Deutschen dazu gebracht werden könnten, mehr Kinder zu bekommen. Es ist unumstritten, dass die katastrophal schlechte demografische Lage unserem Land ernste Probleme bringen wird.

Es wird darüber diskutiert, wie die Bedingungen für Familien mit Kindern verbessert werden könnten, damit sich die Deutschen wieder vermehrt für Kinder entscheiden (analog Situation in Frankreich),

Natürlich sind diese Überlegungen richtig und wichtig, aber warum werden bei diesen Überlegungen die ungewollt Kinderlosen völlig ignoriert?

Stattdessen wird in Kauf genommen, dass zuliebe einer geringen Einsparung der Gesundheitskosten jährlich Zehntausend Kinder weniger geboren werden! Dieses Vorgehen erscheint den Betroffenen völlig unverständlich!

"Die 2004 eingeführte Eigenbeteiligung der Patienten bei der In-vitro-Fertilisation führt dazu, dass in Deutschland letztes Jahr etwa 10 000 Kinder weniger auf diese Weise gezeugt wurden", erklärt Dr. Michael Thaele, Vorsitzender des Bundesverbandes Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands. „Das entspricht einem Rückgang von 50 Prozent."

Die Folgen für die demographisch eh schon kränkelnde Gesellschaft sind bitter. "In den vergangenen Jahren nahm die Zahl der insgesamt geborenen Kinder in Deutschland jährlich um etwa 10 000 ab, durch die Reform wird der Geburtenrückgang doppelt so stark ausfallen", rechnet Thaele"

Quelle:

Auszüge der „Welt am Sonntag“ aus dem Artikel „Babymacher in der Krise“ vom 10.4.2005

„Viele Paare können sich die nun vorgeschriebene Kostenbeteiligung nicht mehr leisten. Die Folge: Die Zahl der pro Jahr künstlich gezeugten Babys halbierte sich nach Schätzungen des BRZ seit Inkrafttreten der Gesundheitsreform von 20 000 auf 10 000 pro Jahr - ein Rückgang, der in etwa der jährlichen Neugeborenenzahl von Köln entspricht.“

Quelle:

Auszüge vom „Stern“ aus dem Heft 26/2005

http://www.stern.de/wissenschaft/forschung/542120.html?p=2&nv=ct_cb

Konsequenzen des ESchG für die Kinderwunschbehandlung

1. Geringere Erfolgsraten nach einer IVF oder ICSI

Nach §1 (1), 3. und 5. dürfen nicht mehr als 3 Eizellen einer Frau innerhalb eines Zyklus befruchtet werden. Unter „Befruchtung“ versteht man die Verschmelzung der Vorkerne. Die Samenzelle darf bereits eingedrungen sein, es müssen aber vor der Auswahl der maximal 3 Entwicklungsstadien, die sich sofort weiter entwickeln dürfen, noch 2 Vorkerne vorliegen (Vorkernstadien).

Meistens gibt es jedoch nach einer IVF oder ICSI mehr als 3 dieser Vorkernstadien. Und: Nicht alle Vorkernstadien haben das genetische Potential, sich zu einem Menschen zu entwickeln. In verschiedenen Quellen wird erwähnt, dass nur etwa 60% dieser Vorkernstadien das Potential haben, ein Mensch zu werden. Die Biologen können in diesem Stadium noch nicht sagen, welche dieser Vor-Embryonen dieses Potential haben und welche nicht. Die Auswahl erfolgt (fast) wahllos. Es gibt zwar ein paar Anhaltspunkte, die aber sehr wage sind. Ein „gut aussehender“ Vorembryo hat oft nicht dieses Potential, während ein "schlechter aussehender" dieses sehr wohl hat. So kommt es vor, dass Vorkernstadien mit Potential zum Menschen vernichtet werden, während gerade die, die weiter kultiviert werden, die dieses Potential nicht haben. Damit lässt sich dann auch keine Geburt erreichen.

Etwa 2 Tage später ließe sich mit einer viel höheren Trefferwahrscheinlichkeit und zwar per Augenschein und ohne Untersuchung der genetischen Konstellation wie bei der PID - sagen, welche der vorhandenen Embryonen das beste Potential haben. Dieses Verfahren ist zwar auch nicht sicher, aber immerhin weitaus besser für den Erfolg. Einige Embryonen haben sich zu dem Zeitpunkt auch bereits von selbst verabschiedet.

2. Erhöhte Mehrlingsraten nach einer IVF oder ICSI

Wenn man, wie unter 1. beschrieben, die Embryonen mit dem besten Entwicklungspotential zum Menschen mit einer höheren Trefferwahrscheinlichkeit bestimmen kann, ist es unbedingt ratsam, maximal 2 Embryonen oder auch nur einen zu transferieren, um nicht so viele Mehrlingsschwangerschaften zu erreichen. Das wird in unseren Nachbarländern auch oft so praktiziert.

Da aber nach dem deutschen ESchG nur maximal 3 Embryonen mit „statistisch betrachtet“ wesentlich weniger Entwicklungspotential kultiviert werden dürfen, lassen sich die meisten Frauen auch diese 3 Embryonen kultivieren und übertragen. Es können aber durchaus alle 3 Embryonen Entwicklungspotential besitzen. Daher ist die Zahl der Drillings- und Zwillingsschwangerschaften erhöht.

3. Vernichtung von Vorkernstadien, die sich hätten zu einem Menschen entwickeln können

Da, wie unter 1. beschrieben, die sofort weiter zu kultivierenden Vorkernstadien willkürlich ausgewählt werden müssen, werden sehr häufig solche Vorkernstadien vernichtet, die sich hätten zu einem Menschen entwickeln können.

Das betreffende Paar kann wählen, ob es die übrigen Vorkernstadien sofort vernichten oder kryokonservieren lässt. Diese Entscheidung ist auch von den persönlichen Finanzen des Paares abhängig, da so eine Kryokonservierung inklusiv des Behandlungszyklusses, in dem die kryokonservierten Embryonen übertragen werden können, und eventueller Zwischenlagerung immer privat zu finanzieren ist und geringere Erfolge erwarten lässt. In mehr als 50% aller Fälle entscheiden sich die Paare für die sofortige Vernichtung.

Die Frage nach dem Beginn des Menschseins lässt sich wissenschaftlich nicht beantworten. Sie ist viel mehr eine Frage des Glaubens. So ist es durchaus möglich, dass Paare, die ihre IVF oder ICSI in Deutschland durchführen lassen, hier in einen Gewissenskonflikt kommen. Sie betrachten diese Vorkernstadien bereits als ihre Kinder, dürfen ihnen aber nicht die bestmöglichen Entwicklungschancen geben. Zum Verständnis dieser Problematik sei ein Beispiel angeführt:

Nach einer IVF sind 5 Vorkernstadien entstanden. Im statistischen Durchschnitt haben 3 davon nur das Potential zum Menschen, eine würde sich tatsächlich zum Menschen entwickeln, wenn man ihr die Chance gibt. Statt diese mit sinnvollen Mitteln herausfinden zu lassen, ist das Paar nun jedoch durch das EschG dazu gezwungen, die Auswahl dem Zufall zu überlassen,. Mit einer Wahrscheinlichkeit von nahezu 40% wird dieses eine Vorkernstadium, das ein Mensch geworden wäre, nicht ausgewählt. Selbst dann, wenn dieses Paar nun die übrigen beiden Vorkernstadien kryokonservieren lässt, ist es nicht gesagt, dass diese danach noch immer zu dem gewünschten Ergebnis führen. Ein nicht unbeachtlicher Teil der tiefgefrorenen Vorkernstadien überlebt diesen Prozess nicht.

Demnach ist die betreffende Regelung im Embryonenschutzgesetz aus medizinischer Sicht nicht nachzuvollziehen.

4. Erhöhte Kosten

Wo eine Behandlung nur mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit zu dem gewünschten Ergebnis führt, ist immer mit erhöhten Kosten zu rechnen. Und in diesem Fall sowohl für die Krankenkassen als auch für die betreffenden Paare.

Die betreffenden Paare müssen deshalb mit erhöhten Kosten rechnen, weil im Schnitt mehr Behandlungszyklen erforderlich sind, bis das Ziel erreicht ist. Viele Paare müssen für die vollen Behandlungskosten aufkommen, ein anderer Teil ist mit mindestens 50% dabei. Die Kryokonservierung einschließlich Zwischenlagerung und Behandlungszyklus muss von den Paaren immer selbst finanziert werden. Unter geänderten gesetzlichen Bedingungen würde die Kryokonservierung in vielen Fällen wegfallen, da nicht überlebensfähige Embryonen bereits vorher erkannt werden könnten.

Weniger Kosten und weniger Misserfolge führen wieder dazu, dass die Paare dann wirklich bis zum Erfolg durchhalten. 80% aller Paare, die eine IVF / ICSI durchführen lassen, könnte damit zum Wunschkind verholfen werden. Aber nur 50 - 60% dieser Paare hierzulande können ihren Kinderwunsch tatsächlich realisieren.

Mehrkosten - und in diesem Fall grundsätzlich für die Gemeinschaft entstehen auch durch mehr Mehrlingsschwangerschaften. Im Vergleich zur Geburt eines einzelnen Kindes kostet die nachgeburtliche Versorgung für Mehrlinge ca. das 17. fache.

5. Ausschließen der Möglichkeit einer Präimplantationsdiagnostik

In § 8 (1) des ESchG heißt es: "Als Embryo im Sinne dieses Gesetzes gilt bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an, ferner jede einem Embryo entnommene totipotente Zelle, die sich bei Vorliegen der dafür erforderlichen weiteren Voraussetzungen zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag."

Bei der Präimplantationsdiagnostik wird einem frühen Embryo eine Zelle entnommen, deren genetische Information untersucht wird. Dabei wird diese Zelle zerstört. Da die Zelle sich hätte auch zu einem Menschen entwickeln können, stellt das ESchG auch diese unter Schutz. In der Diskussion darum, ob die PID erlaubt werden sollte, müsste also auch die Frage abgehandelt werden, ob diese Zelle tatsächlich schon den rechtlichen Status eines Menschen bekommen muss.

In der Tat aber drehen sich alle Diskussionen nur um die Frage, ob die PID verboten bleiben soll, weil dabei selektiert werden muss. Es würden die Embryonen nicht übertragen werden, bei denen mittels PID ungewünschte genetische Konstellationen erkennbar waren, Embryonen, aus denen sich Menschen mit schweren Krankheiten entwickeln würden und Embryonen, die mit großer Wahrscheinlichkeit nicht das Potential haben, sich ausreichend lange weiter zu entwickeln, um überhaupt zu einem lebensfähigen Menschen zu werden. Es wird immer wieder argumentiert, es könnte die Stimmung in der Bevölkerung für oder gegen Behinderte beeinflussen, wenn Embryonen mit bestimmten Behinderungen aussortiert werden dürften.

Paare, die solche genetischen Konstellationen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit an ihre Nachkommen weiter geben, haben ohne die PID zwei Alternativen - entweder verzichten sie auf Kinder oder sie gehen das sehr hohe Risiko ein, ein schwer behindertes Kind auf die Welt zu bringen, mit allen sozialen Folgen, die sich daraus ergeben oder sie haben die Möglichkeit, bei eingetretener Schwangerschaft eine Fruchtwasseruntersuchung durchzuführen und bei nachgewiesener Fehlbildung zu einem späten Zeitpunkt der Schwangerschaft legal einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. Ferner wird die PID in benachbarten Ländern bei solchen Paaren mit mehreren IVF / ICSI Fehlversuchen angewandt, bei denen der Verdacht besteht, dass ein überdurchschnittlicher Anteil der Embryonen genetisch nicht so beschaffen ist, dass eine Überlebenschance besteht. Hier ist PID ein Mittel, um die überlebenschfähigen Embryonen zu ermitteln und zu übertragen, damit das Paar überhaupt eine realistische Chance auf Nachwuchs hat.

Wir ungewollt Kinderlosen vertreten die Ansicht, dass die PID nur in bestimmten Ausnahmefällen, nämlich bei zu erwartenden schweren Erbkrankheiten, erlaubt werden sollte. Das Leid der betreffenden Paare und der geschädigten Kinder wiegt schwerer als das fiktive Recht einer totipotenten menschlichen Zelle.

6. Ausschließen der Möglichkeit einer Eizellspende

"§ 1 (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,
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?

Begründet wird diese gesetzliche Regelung in den "Richtlinien Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion"

Dort heißt es:

"5. Durch das zum 1. Januar 1991 in Kraft getretene Embryonenschutzgesetz sind sowohl die Eizellenspende als auch die Ersatzmutterschaft gesetzlich verboten worden. Der Gesetzgeber wollte durch diese Verbotsvorschrift verhindern, dass es zu einer sogenannten gespaltenen Mutterschaft kommt und damit die austragende und die genetische Mutter nicht mehr identisch sind. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass das Kind in seiner gesamten körperlichen und seelischen Entwicklung sowohl durch die von der genetischen Mutter stammenden Erbanlagen wie auch durch die enge während der Schwangerschaft bestehende Beziehung zwischen ihm und der austragenden Mutter entscheidend geprägt wird. Eine gesplante Mutterschaft lässt besondere Schwierigkeiten bei der Selbstfindung des Kindes und negative Auswirkungen auf seine seelische Entwicklung befürchten."

Die hier getroffene Begründung erscheint uns nicht substantiiert. Es ist nicht erkennbar, warum gerade die Tatsache, dass ein Kind sowohl eine genetische als auch eine austragende Mutter hat, negative Auswirkungen auf seine seelische Entwicklung haben soll, die noch über das Maß z.B. im Falle einer Adoption oder einer Samenspende hinausgehen. Die Aussagen erwachsener adoptierter „Kinder“ und erwachsener „Kinder“, die aus einer Samenspende hervorgegangen sind, belegen, dass diese Menschen im Allgemeinen froh darüber sind, dass sie existieren. Schwierigkeiten bei der Selbstfindung können allein aus der Tatsache entstehen, dass viele Eltern ihren Kindern die Art ihrer Entstehung lange verheimlichen oder dass sie keine Möglichkeit haben, etwas über ihren genetischen Ursprung zu erfahren. Im Falle der Samenspenden hat der deutsche Gesetzgeber es bis heute versäumt, hier wirksame Vorkehrung (sprich: lebenslange Sicherstellung der Spenderdaten) zu treffen. In vielen Nachbarländern, die auch die Eizellspende bei deutschen Paaren durchführen, ist jedoch die Aufbewahrung der Spender(innen)daten noch schlechter geregelt oder gar nicht möglich. Eine Chance, die befürchteten „Schwierigkeiten bei der Selbstfindung des Kindes“ zu minimieren, würde darin bestehen, die Eizellspende in Deutschland zuzulassen und gleichzeitig strenge Regelungen zur Aufbewahrung der Spender(innen)daten zu schaffen.

Auf alle Fälle verhindert der deutsche Gesetzgeber mit diesem Verbot nicht, dass solche Paare, deren einzige Chance auf das stark gewünschte Kind der Weg der Eizellspende ist, diese Behandlung durchführen, denn in vielen Nachbarländern gibt es Kliniken, die diese Behandlung auch bei deutschen Paaren durchführen. Die

einzigste Auswirkung dieses Gesetzes ist, dass diesen Paaren der Leidensweg noch zusätzlich erschwert wird und dass eben nur finanzkräftige Paare diese Behandlung durchführen lassen können.

7. Ausschließen der Möglichkeit einer Embryonenspende?

Es wird weitläufig angenommen, auch eine Embryonenspende wäre in Deutschland verboten. Uns ist bisher auch kein Fall bekannt, dass eine solche durchgeführt wurde. Jedoch lässt sich beim eingehenden Studium des Embryonenschutzgesetzes vermuten, dass eine Embryonenspende evtl. doch möglich sein könnte.

Monika Frommel vom Institut für Sanktionenrecht und Kriminologie in Kiel schreibt dazu eindeutig: „Die Embryonenspende ist erlaubt. Die Probleme macht nicht das ESchG, sondern eine unsinnige Auslegung seitens der Bundesärztekammer.“

Bei der Embryonenspende wird keine unbefruchtete Eizelle übertragen, es muss keine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich befruchtet werden, als eine Schwangerschaft bei der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt und es muss auch keiner Frau ein Embryo entnommen werden, um ihn dann einer anderen Frau zu übertragen.

Im Fall, dass ein Paar seine "übrigen" Embryonen im Vorkernstadium einfrieren lässt und später nicht mehr übertragen lassen will / kann, könnte es demnach diese Embryonen einem Paar spenden, das sie "adoptiert". Das würde auch Sinn machen, da damit die Erhaltung der sogenannten "Vor-Embryonen" ermöglicht wird. Der Vorgabe der Bundesärztekammer, dass eine Konstellation, bei der es sowohl eine genetische als auch eine austragende Mutter gibt, zu verhindern, wäre damit zwar nicht gefolgt, aber immerhin haben die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ ja sowieso nur Richtlinien- und keinen Gesetzescharakter.

Wahrscheinlich ist es so, dass deshalb keine Embryonenspenden in Deutschland durchgeführt werden, weil sich erstens keiner traut, danach zu fragen und zweitens sich die Ärzte nach der Vorgabe der Bundesärztekammer nicht trauen, diese zu praktizieren.

Quelle:

www.klein-putz.net

„Etwa ein Viertel der Paare, die es vor der Reform beim üblichen Zwei-Embryonen-Transfer belassen hätten, bestehe heute auf der Übertragung von drei Embryonen, lauten erste Schätzungen des BRZ. Die Paare seien angesichts der hohen Kosten deutlich risikofreudiger geworden, viele machten sich die Tragweite ihrer Entscheidung zu wenig bewusst.“

"Dass einige Kollegen unter diesen Umständen etwas eher auf die Wünsche der Paare eingehen, ist ganz natürlich", sagt der BRZ-Vorsitzende Thaele mit Blick auf das Einsetzen von gleich drei Embryonen.

Sein Kollege Professor Heribert Kantenich, der für die Bundesärztekammer derzeit die Richtlinien für Reproduktionsmedizin überarbeitet, ist über diese Entwicklung entsetzt: "Wir dürfen ethische Entscheidungen doch nicht von finanziellen Aspekten abhängig machen." Er favorisiert eine andere Lösung des Problems: "Es muss erlaubt sein, mehr Eizellen zu befruchten und nur diejenigen herauszunehmen, die am entwicklungsfähigsten sind, um dann - bei erhöhter Chance auf Schwangerschaft - nur noch einen oder allerhöchstens zwei Embryonen zu übertragen."

Gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe will er dafür eine Dringlichkeitsänderung des Embryonenschutzgesetzes erreichen.“

Quelle:

Auszüge vom „Stern“ aus dem Heft 26/2005

http://www.stern.de/wissenschaft/forschung/542120.html?p=2&nv=ct_cb