

Embryonenschutzgesetz und Kinderwunschbehandlung:

Optimale Therapie in
Deutschland und
Ausland



Dokumentation des Workshops von „Rebella“ zum Thema „ESchG und Kinderwunschbehandlung: Optimale Therapie in Deutschland und Ausland“.

Barrieren durch das deutsche Embryonenschutzgesetz

Diese Verfahren dürfen in Deutschland nicht durchgeführt werden:

- Eizellspende
- Präimplantationsdiagnostik (PID)
- Weiterkultivierung von mehr als 6 Embryonen

Über die Zulässigkeit dieser Verfahren herrscht Rechtsunsicherheit

- Embryonenspende
- Weiterkultivierung von mehr als 3 Embryonen

Sinnvolle Regelungen für ein neues Embryonenschutzgesetz (ESchG)

- Zulassung der Eizellspende (Bedingung: Aufheben der Spenderinnendaten; Richtlinien zur Sicherheit der Spenderinnen)
- Zulassung der Embryonenspende (Bedingung: Aufheben der Spenderdaten)
- Zulassung der PID bei schweren Erbkrankheiten und bei balancierter Translokation beim Mann
- Zulassung der Weiterkultivierung von bis zu 6 Embryonen

Eine der Anwesenden bemerkte, dass es bei ihrer IVF mehr als 6 Embryonen gab. Mit einer Regelung, nach der nur 6 Embryonen weiterentwickelt worden wären, wären immer noch Embryonen auf der Strecke geblieben und sie hätte nicht ihre vollen Chancen ausnutzen können. Ich verwies darauf, dass es hier nur um eine relativ kleine Reduzierung der Chancen geht, wie meine weiteren Ausführungen zeigen werden. Deshalb könne man eine Reduzierung auf bis zu 6 weiter zu entwickelnde Embryonen hinnehmen - eine Regelung, die bei der gegenwärtigen Politik eher zu erreichen wäre als eine vollständige Streichung der Regelungen im ESchG.

Vermeiden von höhergradigen Mehrlingschwangerschaften unter dem ESchG

- Je weniger Embryonen übertragen werden, desto geringer ist das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft.
- Je mehr Embryonen kultiviert werden, desto höher sind die Erfolgsaussichten.
- Laut ESchG dürfen nicht mehr Embryonen kultiviert werden, als man zu übertragen beabsichtigt.
- Die Hintertür: Keine Frau kann gezwungen werden, sich eine bestimmte Anzahl von Embryonen transferieren zu lassen. Das Paar beauftragt das Labor, so viele Embryonen, wie möglich zu kultivieren (3) und entscheidet sich erst kurz vor dem Transfer für die Übertragung von nur 1 oder 2 Embryonen.
- Nachteil: Die Frau darf über diese Absicht nicht vorher mit dem Arzt sprechen.

Ich habe diesen Vorschlag, 3 Embryonen kultivieren, aber nur 2 übertragen zu lassen, schon mehrfach im Kinderwunschforum weiter gegeben, jedoch hat mir bisher keine Frau geantwortet, dass sie das auch tatsächlich so gemacht hat. Im Gegenteil bekam ich mehrfach Antworten, dass die Frauen sich das nicht trauten. Das resultierte insbesondere aus der Unsicherheit, was mit dem nicht übertragenen Embryo passieren wird. Normalerweise ist es gesetzlich festgelegt, dass solche Embryonen Not-kryokonserviert werden müssen. Außerdem muss über den Vorfall eine Meldung an ein Register erfolgen. Die Frauen trauen dem aber nicht, da Ärzte, die häufiger so ein Noteinfrieren melden, in den Verdacht geraten, ihre Patientinnen dahingehend beraten zu haben. Es wird befürchtet, dass Embryonen verworfen werden, um solche Meldungen zu vermeiden. Außerdem mag manchen Frauen ein Vorschlag, der dringend davon abrät, mit dem Arzt darüber zu sprechen, dubios erscheinen.

Der anwesende Rechtsanwalt Wucherpfennig bestätigte die Legalität dieses Vorgehens.

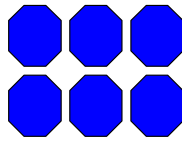
Höhere Erfolgsraten im Ausland?

- Zitat: „In Tschechien ist auch der Blastozystentransfer möglich und erhöht die Chancen um ein Vielfaches.“

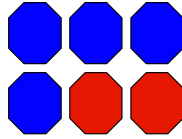
(Quelle: medicare-service.de/index.htm)

Diese Aussage habe ich auf der Internetseite des Medicare Services gefunden. Der Medicare Service ist eine deutschsprachige Agentur, die deutsche Kinderwunschaare in tschechische Kliniken vermittelt.

Diese Aussage zeigt, wie deutsche Kinderwunschaare unter Vermittlung von Halbwissen und unter Vortäuschung falscher Tatsachen angelockt werden. Denn der Blastozystentransfer ist ja auch in Deutschland möglich. Und ein Vergleich der Erfolgsraten von deutschen und tschechischen Kliniken zeigt, dass die Erfolge in Tschechien keineswegs ein Vielfaches der Erfolge in Deutschland betragen.

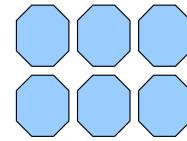


Die Wahrscheinlichkeit dafür, dass bei der zufälligen Auswahl von 3 roten Kugeln aus 12 beide roten Kugeln mit ausgewählt werden, liegt nur bei 4,5%.

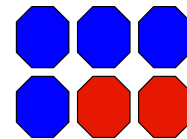


Die Wahrscheinlichkeit, dass wenigstens eine der beiden roten Kugeln zufällig ausgewählt wird, liegt bei 52%.

Die Wahrscheinlichkeit dafür, dass bei der zufälligen Auswahl von 3 roten Kugeln aus 6 beide roten Kugeln mit ausgewählt werden, ist 20%.



Die Wahrscheinlichkeit, dass wenigstens eine der beiden roten Kugeln zufällig ausgewählt wird, liegt bei 70%.



Die Wahrscheinlichkeit, dass bei der Auswahl von 6 roten Kugeln aus 6 beide roten Kugeln ausgewählt werden, ist 100%.

Die Kugeln stellen hier jeweils die Gesamtheit der erzeugten Embryonen dar, wobei die blauen Kugeln Embryonen darstellen, die sich nicht zum Menschen weiter entwickeln können. Die roten Kugeln stellen die Embryonen dar, die sich zum Menschen entwickeln würden, wenn man sie zum Transfer auswählte.

Es handelt sich hier nur um Modelle. Beispiele, die selbstverständlich nicht auf jeden Einzelfall zutreffen. Außerdem abstrahieren diese Beispiele von einigen Faktoren.

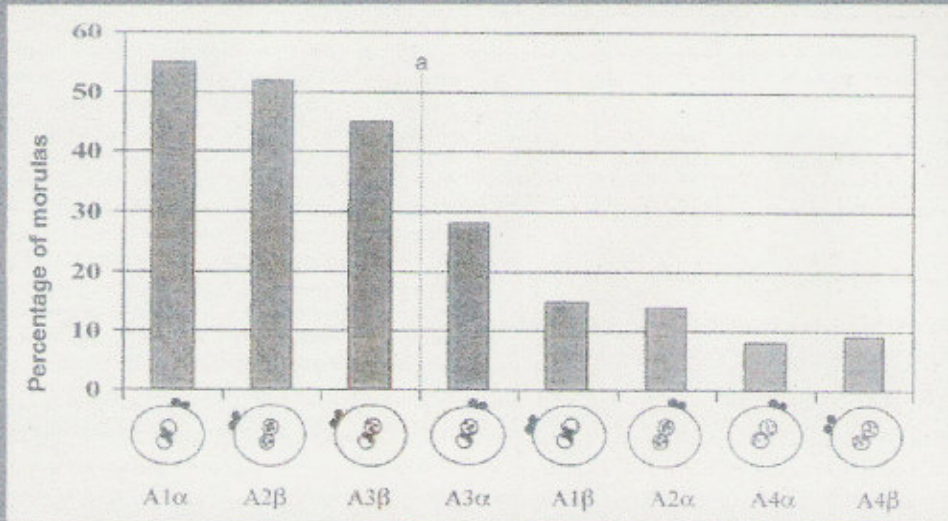
Im oberen Beispiel wird eine Auswahl der zu transferierenden Embryonen rein nach dem Zufallsprinzip unterstellt. Das ist ein Beispiel aus einer Diskussion auf der Seite von www.klein-putz.net, wo meine Gesprächspartnerin meinte, die 4,5%, zu denen eine Auswahl beider entwicklungsfähiger Embryonen stattfinden würde, würden die Nachteile des ESchG sehr schön verdeutlichen. Ich bin nicht dieser Meinung, da ja in der Realität keine reine Auswahl nach dem Zufallsprinzip erfolgt und da es auch nicht das Ziel ist, Mehrlinge zu erzeugen.

Etwas mehr an die Realität angepasst habe ich daher das untere Beispiel, in dem mittels PN-Scoring die Embryonen mit den besseren Chancen ermittelt wurden. Die Embryonen mit den besseren Chancen habe ich dunkel dargestellt, die nicht mehr zur Auswahl stehenden hellblau. Ich habe dann aus den 6 dunkel dargestellten Embryonen per Zufall ausgewählt und die Trefferwahrscheinlichkeiten ermittelt. Diese liegen deutlich über denen im oberen Beispiel. Das untere Beispiel abstrahiert von der Möglichkeit, dass auch ein Embryo, der sich

entwickeln würde, als mit sehr geringen Chancen behaftet aussortiert worden sein kann. Außerdem wird es auch unter den 6 zur Auswahl stehenden Embryonen Unterschiede hinsichtlich der Entwicklungswahrscheinlichkeiten nach morphologischen Gesichtspunkten geben.

PN-Scoring

Rate der Weiterentwicklung von Zygoten



Gianaroli et al., 2003

Dieses Schaubild habe ich der „Kleinen Darmstädter Broschüre“ entnommen, die ich im Internet fand. Man sieht hier sehr schön, wie unterschiedlich die Entwicklungschancen einzelner Embryonen mit bestimmten äußeren Merkmalen ist. Nach diesen Kriterien werden in Deutschland die zu übertragenden Embryonen ausgewählt.

Höhere Erfolgsraten im Ausland?

- Jahresstatistik der europäischen Ergebnisse zur künstlichen Befruchtung im europäischen Ausland von 2004 (29 Länder) - Schwangerschaftsraten pro Eizellentnahme und pro Transfer lagen bei 26,6% bzw. 30,1% [25,8% bzw. 28,4% - D 2006]
- Niederlande 2005: 24,4% Schwangerschaften pro begonnenem Zyklus [24,2% - D 2006]
- Kanada 2004: 37,8% Schwangerschaftsrate pro begonnenem Zyklus [24,2% - D 2006]
- Österreich 2007: 32,7% Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion [25,8% - D 2006]

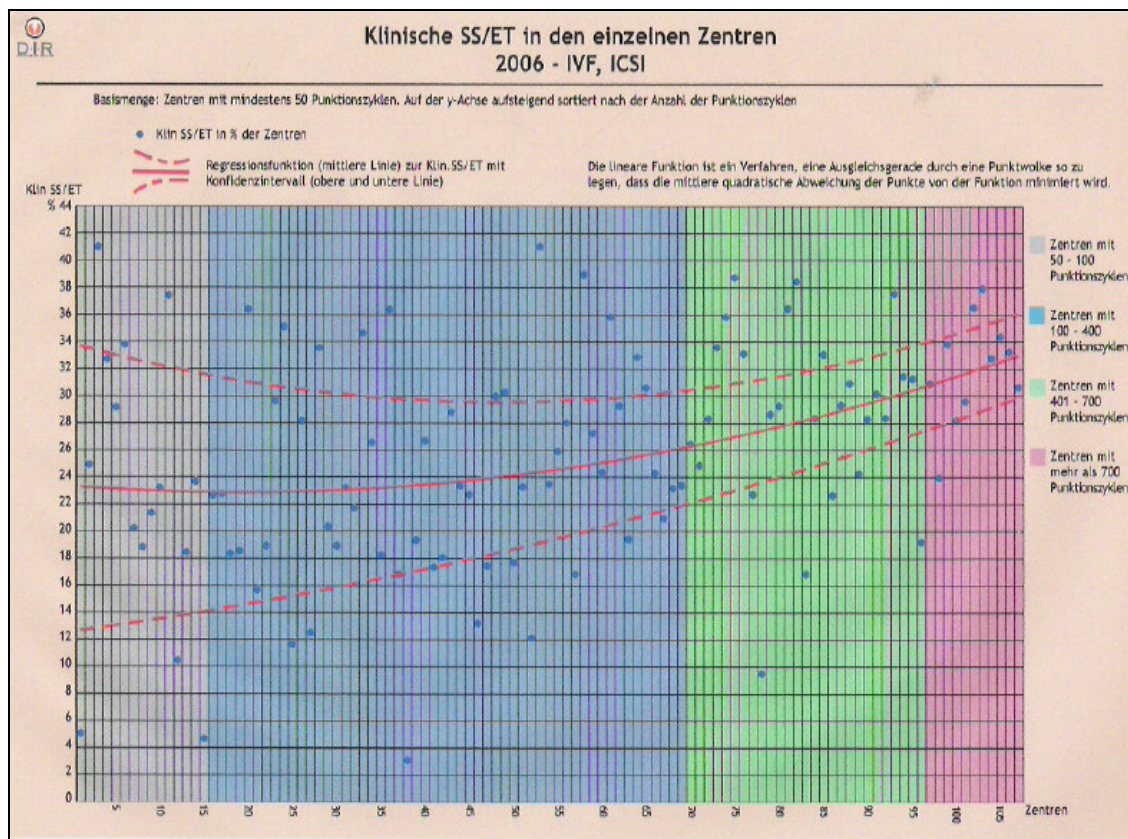
Hier wurden Erfolgsraten aus ausländischen Statistiken den Erfolgsraten in Deutschland gegenüber gestellt. Man sieht, dass Deutschland dabei im Durchschnitt trotz des ESchG nicht soooo schlecht abschneidet. Selbst im Vergleich mit Kanada und Österreich kann man nicht sagen, dass die Erfolgsraten dort „um ein Vielfaches“ höher liegen. Immerhin zeigen die letzten beiden Vergleiche, dass bei einer Weiterkultivierung von allen Embryonen eine deutlich höhere Schwangerschaftsrate erreicht werden kann.

Es sei darauf hingewiesen, dass man beim Vergleich solcher Statistiken immer genau darauf achten muss, was man miteinander vergleicht. Die Schwangerschaftsrate pro begonnenem Zyklus kann nicht der pro Follikelpunktion entsprechen, da vor der Punktion immer Zyklen abgebrochen werden. Ebenso muss die Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer niedriger liegen, da es nicht nach jeder Punktion zu einem Embryotransfer kommt. - Außerdem liegen den Statistiken der verschiedenen Länder teilweise unterschiedliche Voraussetzungen zu Grunde, was ich hier später noch an Beispiel der Statistiken von Deutschland und Österreich veranschaulichen werde.

Erfolgsraten deutscher Spitzenkliniken (Beispiele)

- Kinderwunschzentrum Darmstadt 2006: 37% Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer mit PN-Scoring und Blastozystenkultur (bis 40 Jahre)
- BBN München 2007: 53,8% bis 30 Jahre / 41,7% bis 36 Jahre / 33,0% bis 39 Jahre / 19,7% ≥ 40 Jahre

Die meisten deutschen Kliniken veröffentlichen ihre Erfolgsraten nicht. Die beiden in der Folie genannten Kinderwunschzentren haben dies getan und glänzen mit relativ hohen Schwangerschaftsraten pro Embryotransfer, die schon fast an die durchschnittlichen österreichischen Erfolgsraten heran reichen.



Dies ist ein Auszug aus dem Deutschen IVF Register (D.I.R.) von 2006. Man findet diese Statistik unter www.deutsches-ivf-register.de. Im D.I.R. werden die Erfolgsraten deutscher Kinderwunschzentren nur anonymisiert dargestellt. Es wird nicht veröffentlicht, welches Ergebnis zu welchem Zentrum gehört.

Was man jedoch sehr deutlich sehen kann, ist, dass es Zentren mit außerordentlich niedrigen Schwangerschaftsraten pro Embryotransfer gibt. Die schlechteste Klinik, ein Zentrum mit immerhin 100 - 400 Punktionszyklen pro Jahr, hat lediglich eine Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer von 3%. Selbst unter den Zentren mit 401 - 700 Punktionszyklen pro Jahr gibt es noch eine mit einer Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer von knapp unter 10%. Hingegen erreichen andere Zentren um die 40%. Es ist zwar davon auszugehen, dass die Zentren mit so guten Ergebnissen häufiger mit Blastozystentransfer arbeiten¹, jedoch ist der Unterschied hier so hoch, dass die Qualitätsunterschiede zwischen den einzelnen Zentren auf der Hand liegen.

Die Konsequenz für das Kinderwunschpaar sollte sein, sich vor der Behandlung zu informieren, wo in etwa das anvisierte Kinderwunschzentrum liegt. Zwar gibt es weitere

¹ Bei Blastozystenransfer erhöht sich die Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer automatisch, weil es seltener zum Transfer kommt. Wollte man die Ergebnisse von Behandlungsversuchen mit und ohne Blastozystentransfer sinnvoll miteinander vergleichen, müsste man als Bezugsbasis die Punktion oder den begonnenen Zyklus wählen.

wichtige Auswahlkriterien, wie Wohnortnähe, Kosten, Wohlfühlen, Sympathie oder die Spezialisierung der Ärzte auf eine ganz bestimmte Behandlungsmethode, jedoch sollte die Erfolgsrate der Klinik bei der Auswahlentscheidung mit berücksichtigt werden. Auf wenige Prozentpunkte Unterschied muss man dabei nicht unbedingt schauen, da die ja auch von den individuellen Erfolgsaussichten der behandelten Paare abhängig sind, jedoch sollten große Abweichungen in den Statistiken ein Entscheidungskriterium sein.

Ich rate jedem Paar, sich von den in Frage kommenden Kinderwunschzentren die (zusammen gefassten) Statistiken geben zu lassen, die sie auch an das D.I.R. gemeldet haben. Manches Zentrum mag diese Zahlen nicht heraus geben. Oft mit der Begründung, dass Statistiken ja sowieso lügen. In solchen Fällen wäre ich vorsichtig und würde eher Abstand nehmen. Wer gute Zahlen hat, gibt sie auch heraus.

Das Lesen von Statistiken ist oft eine Wissenschaft für sich. Manche Paare sehen sich nicht in der Lage, die vom Kinderwunschzentrum ausgehändigte Statistik richtig einzuordnen. Daher biete ich an, solche Auswertungen vorzunehmen. Meine e-mail Adresse: rebella67@gmx.net .

Rechtsanwalt Wucherpfennig bemerkte, dass er eine offene Darstellung der Ergebnisse der einzelnen Zentren nicht für gut hält. Das könnte dazu führen, dass manche Kliniken Paare mit individuell schlechten Erfolgsaussichten nicht mehr behandeln. Dieser Punkt soll auch nach meiner Ansicht ernst genommen werden. Jedoch darf das nicht so weit gehen, dass sich die Paare zur Behandlung in eine Black Box begeben müssen, wo sie nicht wissen, ob sie 3% oder 42% Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer enthält. Man kann beim Vergleich von Statistiken durchaus bestimmte Gruppen miteinander vergleichen, wie Altersgruppen oder Patienten mit einer bestimmten Diagnose. Man könnte die derzeitige Situation auch entschärfen, indem man sich Österreich zum Vorbild nimmt und Kinderwunschzentren, die über einem bestimmten Level liegen, mit einem Gütesiegel auszeichnet oder eben von den Kassen nur die Behandlungen in diesen Zentren mitfinanziert werden. Vom Österreichischen Fonds werden nur Zentren mit einer Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion von mindestens 18% anerkannt.

Daten zur Berechnung von vergleichbaren Erfolgsquoten

- Anzahl der Behandlungszyklen
- (Anzahl der Punktionen)
- Anzahl der Embryonentransfere
- Anzahl der Schwangerschaften
- Anzahl der Geburten (nicht Anzahl der Kinder!)
- getrennt nach Altersgruppen und evt. weiteren Merkmalen
- Eine über dem deutschen Durchschnitt liegende Klinik/Praxis sollte wenigstens eine Schwangerschaftsrate pro Embryonentransfer von 28% aufweisen können und eine Geburtenrate pro Embryonentransfer von 19%.

Hier stehen die Daten, die wir mindestens brauchen, um die Erfolgsraten eines Kinderwunschzentrums zu bewerten. Die Anzahl der Punktionen habe ich hier in Klammern gesetzt, da diese Zahl nicht zwingend ist. Unter Umständen ist sie aber interessant.

Der Hinweis auf die durchschnittliche Geburtenrate von 19% ist eher nur eine Information. Eine Geburtenrate kann von den meisten Zentren nicht ermittelt werden, da sehr viele Paare leider keine Rückmeldung über die Geburt ihres Kindes geben.

Schwere Vergleichbarkeit von Erfolgsstatistiken (Bsp. Deutschland – Österreich)

- Statistik Ö. enthält nur Fälle mit Frauen unter 40 in ihren ersten 3 Behandlungsversuchen.
- Statistik Ö. enthält nur Fälle aus Vertragskrankenanstalten mit einer Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion von mindestens 18%.
- Der Tatbestand der Schwangerschaft ist in Ö. erst dann erfüllt, wenn ein Herzschlag beim Kind nachgewiesen wurde.
- In Österreich muss zu Beginn der Behandlung eine Meldung an das Register erfolgen, damit kein erfolgloser Fall verschwiegen werden kann.

Die ersten beiden Fakten wirken sich im Vergleich zu Deutschland positiv auf die Erfolgsstatistiken der Österreicher aus, da das deutsche D.I.R. auch Frauen über 40 und Paare mit schon mehr als 2 erfolglosen Versuchen beinhaltet und da mindestens 25% der deutschen Kinderwunschzentren die Bedingung der Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion von mindestens 18% nicht erfüllen.

Der dritte Punkt bringt einen Imagevorteil für die deutschen Erfolge, da in Deutschland bereits mit dem positiven Schwangerschaftstest das Erfolgskriterium Schwangerschaft erfüllt ist. Ob der vierte Punkt einen Vorteil für die deutsche Statistik bringt, kann nicht gesagt werden. In Deutschland wäre es immerhin möglich, erfolglose Fälle nicht an das D.I.R. zu melden. Ob das in der Praxis passiert, darüber wissen wir nichts.

Weiterkultivierung von maximal 6 Embryonen in Deutschland

- „Nach der aktuellen Statistik des Deutschen IVF-Registers (DIR) muss man vermuten, dass sich in der BRD eine unterschiedliche ART entwickelt, d. h.: Es gibt wohl Ärzte, die ihren Patientinnen den eSET/eDET anbieten, und andere Ärztinnen und Ärzte, die aufgrund der Rechtsunsicherheit sich an der (Muster-)Richtlinie der BÄK und deren stringenten Interpretation der „Dreierregel“ orientieren. Eine Klärung der Rechtslage über Selbstanzeige und Strafverfahren ist für die Betroffenen unzumutbar und schadet dem Ansehen der Reproduktionsmedizin in der BRD.“

(Quelle: Hepp / Diedrich, Reproduktionsmedizin in der BRD, Wissenschaft, Recht und Ethik, in: Der Gynäkologe, Ausgabe 03/2008, S. 167-178)

Diesem Zitat ist zu entnehmen, wie vorsichtig sich die Reproduktionsmediziner bei der Thematisierung der Weiterkultivierung von mehr als 3 Embryonen ausdrücken. Hier ist nur von Single- und Double-Embryotransfer die Rede, gemeint ist jedoch der Transfer von einem oder zwei Embryonen nach der Kultivierung von maximal 6 Embryonen.

Diese Methode wird in mehreren Kinderwunschzentren in Deutschland angewandt, nachdem es eine Neuauslegung des ESchG durch die Juristin Monika Frommel gegeben hat. Diese Neuauslegung interpretiert den Satz: „Es dürfen nicht mehr Embryonen kultiviert werden, als der Frau anschließend übertragen werden sollen.“ so, dass bei Patientinnen mit weniger guten Erfolgsaussichten auch 6 Embryonen kultiviert werden dürfen. Wenn man die Embryonen bis zum 5. Tag kultiviert, bleiben in dieser Zeit mehrere Embryonen in ihrer Entwicklung stehen. Es bleiben also auch nach der Kultivierung von 6 Embryonen sowieso nur 1 oder 2 Embryonen übrig, die dann transferiert werden.

Aufgrund verschiedener Auffassungen zu dieser Auslegung gibt es eine große Rechtsunsicherheit. So arbeiten einige Kinderwunschzentren, insbesondere in Bayern und Baden-Württemberg (es gibt dazu ein Abkommen zwischen den Zentren in diesen beiden Bundesländern), aber wohl auch in anderen Gegenden nach dieser Neuauslegung des ESchG, während andere Zentren sich das nicht trauen. Wer zur Erhöhung seiner Erfolgschancen bei gleichzeitiger Minimierung des Risikos einer Mehrlingsschwangerschaft eine Kultivierung von 6 Embryonen wünscht, muss selbst herausfinden, wo diese Methode angeboten wird. Offizielle Aussagen dazu wird es nicht geben.

Kosten sparen

- Wahl einer Kinderwunschpraxis mit hoher Erfolgsrate in der betreffenden Behandlungsart
- Kostenangebote bei den in Frage kommenden Kinderwunschpraxen einholen
- GKV-Patienten: Abweichende Punktwerte in einzelnen Bundesländern, Unikliniken, niedergelassenen Ärzten
- Privatpatienten: Die Angebote können um mehrere tausend Euro voneinander abweichen!
- Wahl der günstigsten Bezugsquelle für die Medikamente
- Wahl des kostengünstigsten Medikaments mit dem gleichen Wirkstoff (gentechnisch hergestelltes FSH ist deutlich teurer!)
- Verzicht auf die Narkose

Bei der Einholung von Kostenangeboten für eine ICSI sollte man darauf achten, ob der Preis für die Befruchtung die Befruchtung aller Eizellen beinhaltet oder nur für eine bestimmte Anzahl gilt.

Das Resultat abweichender Punktwerte wird auf der nächsten Folie erklärt.

Privatpatienten werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Es ist möglich, den Satz für die einzelnen Leistungen mit verschiedenen Faktoren zu multiplizieren. Diese Faktoren liegen zwischen 1,0 und 2,6. Bei einer Abrechnung mit dem 2,6-fachen Satz wird die Leistung deutlich teurer als bei einer Abrechnung mit dem 1,5-fachen Satz. Es gibt auch Leistungen (z.B. die Kryokonservierung), die nicht in der Gebührenordnung enthalten sind und dementsprechend unterschiedlich teuer sein können.

Medikamente kann man oft günstiger in einer Internetapotheke oder im Ausland beziehen. Die Preisdifferenzen variieren und man sollte sich am besten im Kinderwunschforum nach einer derzeit günstigen Bezugsquelle erkundigen. Im Ausland haben die Medikamente oft andere Namen. Welche Medikamente man dort nehmen kann, dazu sollte man sich vor dem Bezug genau informieren. Im Kinderwunschforum werden auch Medikamente weiter gereicht, die gekauft wurden, aber nicht mehr benötigt werden. So lange diese Medikamente unentgeltlich weiter gereicht werden, ist das rechtlich in Ordnung. Da die Medikamente zur Kinderwunschbehandlung fast alle außerordentlich teuer sind, sollte auch jeder, der noch

nicht abgelaufene Medikamente übrig hat, diese an andere Kinderwunschpaare weiter reichen.

Es gibt Medikamente mit dem gleichen Wirkstoff, die sich deutlich in ihrem Preis unterscheiden. Insbesondere das Follikel stimulierende Hormon (FSH), das benötigt wird, um mehrere Eizellen heranreifen zu lassen, gibt es in sehr unterschiedlichen Preisklassen. Ärzte verschreiben oft teurere Präparate, obwohl es wesentlich günstigere gibt. Nach meinem persönlichen Empfinden hängt das damit zusammen, dass Pharmafirmen, die teurere Medikamente anbieten, die Ärzte überproportional sponsorn. Wer seine Behandlungskosten minimieren will, sollte unbedingt darauf achten, eine kostengünstige Variante des FSH zu wählen. Die teureren Präparate sind auf dem gentechnischen Weg hergestellt worden, während günstigere Medikamente eine natürliche Basis haben. Studien haben gezeigt, dass sich die Erfolgsraten nach Einnahme beider Medikamentengruppen nicht voneinander unterscheiden. Individuell können die Frauen natürlich auf verschiedene Medikamente unterschiedlich reagieren. Bei schlechten Ergebnissen mit einem Medikament wird man meist auf ein anderes umsteigen. Allerdings spricht nichts dagegen, erstmal mit der günstigeren Variante zu beginnen.

Behandlungskosten lassen sich weiterhin sparen, indem man auf die Narkose bei der Punktion verzichtet. Die Punktion lässt sich auch mit einem wesentlich günstigeren Betäubungsmittel im Wachzustand aushalten. Sicher hängt das vom persönlichen Schmerzempfinden der Patientin ab. Ich selbst habe beide Varianten erlebt und empfand auch ohne die kostenmäßige Betrachtung die Punktion ohne Narkose als besser. Die Narkosenebenwirkungen entfielen und das Gespenst der Ungewissheit: „Was genau passiert mit mir, wenn ich schlafe?“ war weg.

Beispiel für abweichende Punktwerte

In der Uniklinik Düsseldorf (Abrechnung nach §115b SGB V; Unis)
Müssen gesetzlich versicherte Paare für die ärztlichen Leistungen
zuzahlen:

IVF-ICSI: 692,80 €

IVF: 542,06 €

IUI nach Polyovulation: 82,20 €

Punktwert 3,6 Cent

Punktwert der niedergelassenen Ärzte: 5,1 Cent

IVF-ICSI: 981,47 €

IVF: 767,92 €

Das Beispiel zeigt, dass die IVF und die ICSI in einer Uniklinik aufgrund der niedrigeren Punktwerte deutlich günstiger ist.

Anweichungen in den Punktwerten gibt es aber auch zwischen den einzelnen Bundesländern. Wer sich als GKV-Patient Kostenangebote von Kinderwunschzentren verschiedener Bundesländer einholt, wird unterschiedliche Angebote erhalten.

Kommunikation mit der Kinderwunschpraxis bei Problemen

- **andere Betroffene zu ihren Erfahrungen fragen. Wie haben die das Problem mit der Praxis gelöst?**
- **Liste schreiben mit + und - und überlegen, welche Lösung man sich wünscht**
- **LANGEN Termin mit der Praxis vereinbaren und Zettel ganz abarbeiten.**
- ...

Andere Betroffene zu ihren Erfahrungen mit einer bestimmten Kinderwunschpraxis befragen kann man am besten durch Kommunikation in den Internet Kinderwunschforen. Hier lernt man eigentlich immer mehrere Frauen kennen, die in derselben Praxis in Behandlung sind. Auch regionale Selbsthilfegruppen können hier hilfreich sein.

Wer viele Fragen hat, sollte sich die alle aufschreiben und in einem vorher vereinbarten langen Termin alle Fragen klären.

Die Kinderwunschaare sollten sich wirklich auch trauen, alle Fragen zu stellen. Die Erfahrung zeigt, dass manche Fragen nicht gestellt werden, weil das Paar dem Arzt nicht das Gefühl geben will, dass man seine Kompetenz hinterfragt. Auch, weil oft das nächste Kinderwunschzentrum viel zu weit weg ist und man befürchtet, abgewiesen zu werden. Das jedoch ist der falsche Weg. Ein Arzt muss damit leben, dass er Fragen gestellt bekommt. Und er wird gewiss nicht aufgrund von unangenehmen Fragen ein Paar abweisen. Außerdem ist es für beide Seiten einfacher, wenn alle Fragen geklärt sind.

Diese Dokumentation zum Workshop: „ESchG und Kinderwunschbehandlung: Optimale Therapie in Deutschland und Ausland“ wurde erstellt von Rebella aus dem Kinderwunschforum.

Ich bitte um Verständnis dafür, dass ich nicht unter meinem echten Namen aufgetreten bin. Meine im Forum hinterlegte private Kinderwunschgeschichte möchte ich nicht für jeden, der im Internet nach meinem echten Namen recherchiert, zugänglich machen.

Ich habe zwei Söhne (9 und 6) nach assistierter Befruchtung und kommuniziere jetzt seit 7 Jahren auf der Seite von www.wunschkind.net und www.klein-putz.de .