

Folgen der Kürzungen der Krankenkassenleistungen bei Behandlung von Paarsterilität

Soziale und verfassungsrechtliche Konsequenzen

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 (zwei bzw. ein Prozent des Bruttoeinkommens).

Es ist höchst fraglich, warum Kinderwunschaare zunächst mehrere Tausend Euro Eigenleistung leisten müssen, sich aufgrund des restriktiven deutschen Embryonenschutzgesetzes mit einer geringen Erfolgswahrscheinlichkeit zufrieden geben müssen und dann zuletzt, wenn sie ohne Erfolg bleiben, 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.

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 Zweiklassenmedizin, bei der sich einkommensstärkere Menschen vermehren dürfen, finanziell schlechter gestellte nicht.

Kinderwunsch ist ein menschliches Grundbedürfnis, kein Luxuswunsch!

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!

Presseberichten zufolge ist der Rückgang an Geburten in Deutschland, zu dem es nach der Einführung des neuen § 27 a SGB V gekommen ist, so gravierend, dass er sich auch in der Gesamt-Bevölkerungsstatistik deutlich niederschlagen wird:

„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

Anerkennung von Sterilität als Krankheit

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

Streichung der unteren Altersgrenze von 25 Jahren

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 fünf 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?

Streichung der oberen Altersgrenze von 40 Jahren bei der Frau und 50 Jahren 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 Jahren weniger fruchtbar sind, warum also diese Grenze?

Abschaffung der Benachteiligung Unverheirateter

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.

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 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, sind auch diese ungerechtfertigterweise von der Kostenerstattung ausgeschlossen (Beispiel: die mehrere tausend Euro teure heterologe IVF bei einer Frau mit verschlossenen Eileitern und unfruchtbarem Mann muss von diesem Paar bisher vollständig selbst getragen werden.).

Einführung klarer gesetzlicher Regelungen für heterologe Befruchtungen

Mit der bisherigen Nichtregelung ist das Recht des Kindes auf Kenntnis über seine Herkunft nicht gewährleistet. Wissenschaftliche Studien haben jedoch gezeigt, dass weniger der besondere Zeugungsumstand selbst als vielmehr das Nicht-Wissen oder die Unsicherheit über die eigene biologische Abstammung bei Menschen, die durch heterologe Insemination entstanden sind, später Persönlichkeitsprobleme auslösen können. Die Rechtsunsicherheit trägt darüberhinaus zu ungünstigen Behandlungsbedingungen für die betroffenen Eltern bei (Atmosphäre der Verschwiegenheit und gesellschaftliche Ächtung; geringe Zahl an geeigneten Spendern; weite Anfahrtswege, da nur verhältnismäßig wenige Ärzte die Behandlung durchführen, u.v.a.).

Sowohl im Sinne des durch Fremdsamenbehandlung entstandenen Kindes, als auch aus Sicht von Eltern, die – entsprechend Empfehlungen der neueren Familienforschung – ihrem Kind das Wissen um seine biologische Abstammung nicht vorenthalten wollen, wäre eine klare gesetzliche Regelung dringend erforderlich, die einem durch heterologe Befruchtung entstandenen Menschen als Erwachsenen den Zugang zu Informationen über den Samenspender garantiert. Vorbild könnte hier die Gesetzgebung in Nachbarländern sein, z.B. in Österreich oder der Schweiz. Bei einer heterologen Insemination sind laut den dortigen Regelungen mit den Patientendaten auch Angaben über den jeweiligen Samenspender langfristig (und nicht für zehn Jahre, wie es bisher in Deutschland lediglich vorgeschrieben ist) verfügbar zu halten. Zugleich schließt der Gesetzgeber jegliche finanziellen Ansprüche (wie etwa Unterhaltsforderungen) des Kindes an den Samenspender oder den behandelnden Arzt aus und setzt den sozialen Vater ab dem Zeitpunkt seiner Zustimmung zur Behandlung seiner Partnerin vollständig und unanfechtbar in die Rechten und Pflichten einer Vaterschaft ein.

Quelle:

Petra Thorn/Helga Müller: Familienbildung mit Spendersamen. Männliche Unfruchtbarkeit, psychosoziale Aspekte und juristische Fragestellungen der Familienbildung mit Spendersamen, Mörfelden 2004.

Zulassung der Weiterkultivierung von mehr als drei Embryonen

Das Problem der geringeren Erfolgsraten nach einer IVF oder ICSI in Deutschland

Nach §1 (1), 3. und 5. dürfen nicht mehr als drei 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 drei Entwicklungsstadien, die sich sofort weiter entwickeln dürfen, noch zwei Vorkerne vorliegen (Vorkernstadien).

Meistens gibt es jedoch nach einer IVF oder ICSI mehr als drei 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 vage sind. Ein „gut aussehender“ Embryo im Vorkernstadium 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 dieses Potential nicht haben. Damit lässt sich dann auch keine Geburt erreichen.

Etwa zwei Tage später ließe sich mit einer viel höheren Trefferwahrscheinlichkeit - und zwar per Augenschein und ohne Untersuchung der genetischen Konstellation wie bei der Präimplantationsdiagnostik - sagen, welche der vorhandenen Embryonen das beste Potential haben. Dieses Verfahren, die Weiterkultivierung von mehr als drei Embryonen und Auswahl nach morphologischer Beobachtung, gewährleistet deutlich größere Behandlungserfolge, wie der Vergleich der deutschen IVF/ICSI-Geburtenstatistik mit Nachbarländern zeigt, in denen die gesetzlichen Vorgaben weniger restriktiv sind.

Quellen:

Herbert Zech/Nicolas Zech: Kontroversen in der Reproduktionsmedizin in Europa, in: Schweiz. Med. Forum Nr. 14, 2.4.2003, S. 338-341.
<http://humrep.oupjournals.org/cgi/content/full/19/3/490/DEH129TBVII>.

Erhöhte Mehrlingsraten nach einer IVF oder ICSI

Wenn man, wie zuvor beschrieben, die Embryonen mit dem besten Entwicklungspotential zum Menschen mit einer höheren Trefferwahrscheinlichkeit bestimmen kann, ist es unbedingt ratsam, maximal zwei 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 drei Embryonen mit „statistisch betrachtet“ wesentlich weniger Entwicklungspotential kultiviert werden dürfen, lassen sich hierzulande die meisten Frauen auch diese drei Embryonen kultivieren und übertragen. Es können aber durchaus alle drei Embryonen Entwicklungspotential besitzen. Daher ist die Zahl der Drillings- und Zwillingschwangerschaften erhöht.

Der „Stern“ berichtete hierzu kürzlich:

„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

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

Da, wie weiter oben dargestellt, aufgrund der Vorgaben des ESchG in Deutschland 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, was bei einer Kostenübernahme durch die Krankenkassen sicher nicht so wäre.

Die Frage nach dem Beginn des Menschseins lässt sich wissenschaftlich begründet nicht eindeutig beantworten. In der Abtreibungsfrage herrscht inzwischen ein gesellschaftlich relativ breit akzeptierter Konsens darüber, daß ein menschlicher Embryo in seinen ersten Lebenswochen ethisch anders zu bewerten als in einem fortgeschrittenen Stadium einer Schwangerschaft. Für vielen ungewollt Kinderlose ist es nicht nachzuvollziehen, warum im Fall einer künstlichen Befruchtung völlig andere ethische Maßstäbe herangezogen werden, anstatt – analog zu den Regelungen im Schwangerschaftskonfliktfall – die begründeten Interessen der unter Fruchtbarkeitsproblemen Leidenden und das Gebot eines Schutzes des entstehenden menschlichen Lebens miteinander in Einklang zu bringen.

Zweifellos ist dieses ethische Problem für jeden zugleich eine Frage seines persönlichen Glaubens. Auch mit den bestehenden Regelungen ist es aber durchaus möglich, dass Paare, die ihre IVF oder ICSI in Deutschland durchführen lassen, in einen Gewissenskonflikt kommen: Betrachten sie die Vorkernstadien bereits als ihre Kinder, müssen sie sich eingestehen, daß sie ihnen hier nicht die bestmöglichen Entwicklungschancen geben können.

Zum Verständnis dieser Problematik sei ein Beispiel angeführt: Nach einer IVF sind fünf Vorkernstadien entstanden. Im statistischen Durchschnitt haben drei 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 geltenden deutschen Embryonenschutzgesetz aus medizinischer wie ethischer Sicht nicht nachzuvollziehen.

Erhöhte Kosten für die Betroffenen und die Allgemeinheit

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, die anderen Paare müssen mindestens 50% der Kosten selber tragen. 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.

Eingeschränkte Zulassung Präimplantationsdiagnostik

In § 8 (1) des geltenden 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 auch zu einem Menschen hätte 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. Unserer Ansicht nach ist PID in Fällen schwerer genetischer Vorbelastung der Eltern oder aus vergleichbaren anderen medizinisch wichtigen Gründen ethisch durchaus zu rechtfertigen, denn das Leid stark geschädigter Kinder und die Belastung der betreffenden Elternpaare ist schwerer zu gewichten als das fiktive Recht einer totipotenten menschlichen Zelle.

In der Hauptsache drehen sich jedoch alle Diskussionen nur um die Frage, ob die PID verboten bleiben soll, weil dabei „selektiert“ werde. Nicht übertragen würden Embryonen im Vorkernstadium, bei denen mittels PID ungewünschte genetische Konstellationen erkennbar waren, sowie Vorkernstadien, aus denen sich Menschen mit schweren Krankheiten entwickeln würden, und Vorkernstadien, 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 Anlagen für bestimmte 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. Die Zulassung von PID könnte hier Abtreibungen nach einer Pränataldiagnostik verhindern und dient somit auch dem Interesse des Embryos, nicht in einem so späten Entwicklungsstadium abgetrieben zu werden. Ferner werden der Mutter die psychische Belastung und die Risiken einer Abtreibung erspart; auch entstehen der Solidargemeinschaft geringere Kosten.

Ferner wird die PID in benachbarten Ländern bei solchen Paaren angewandt, bei denen der medizinisch begründete Verdacht besteht, dass ein überdurchschnittlicher Anteil der Vorkernstadien keine Überlebenschance hat. Hier ist PID ein Mittel, um die überlebensfähigen Embryonen zu ermitteln und zu übertragen, damit das Paar überhaupt eine realistische Chance auf Nachwuchs hat.

Zulassung der Eizellspende

Im geltenden Recht nach § 1 (1) diese Möglichkeit bislang ausdrücklich verwehrt:

„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.“

Als Begründung liest man hierzu in den „Richtlinien Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion“:

„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 dargelegten Gründe erscheinen uns jedoch 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 von Erwachsenen, die als Kinder adoptiert wurden, und von Personen, die aus einer Samenspende hervorgegangen sind, belegen, dass diese Menschen nicht weniger froh über ihre Existenz sind als die übrige Bevölkerung. 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, wie oben bereits ausgeführt, es bis heute versäumt, wirksame Vorkehrung 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 sehnlichst erwünschte 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 einzige Auswirkung dieses Gesetzes ist, dass diesen Paaren der Leidensweg noch zusätzlich erschwert wird und dass eben nur finanzkräftige Paare diese Behandlung durchführen lassen können.

Zulassung der 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.

Nach Aussage von Herrn Prof. Dr. Klaus Diedrich, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., der an der Ausarbeitung der neuen Richtlinien für die Bundesärztekammer mitgewirkt hat, teilen die Ärzteschaft und andere Juristen die Gesetzesauslegung der Strafrechtlerin Monika Frommel nicht. Zumindest herrscht eine große Rechtsunsicherheit in Bezug auf die Embryonenspende. Um nicht in Gesetzeskonflikt zu geraten, führen die Ärzte die Embryonenspende aufgrund der unklaren Gesetzeslage nicht durch. Bei einer Überarbeitung des Embryonenschutzgesetzes oder bei der Verabschiedung eines Fortpflanzungsmedizingesetzes sollte der Gesetzgeber eine klare Aussage, dass die Embryonenspende erlaubt ist, nicht vergessen und im übrigen wie bei der Frage der Samen- und Eizellenspende auch hier für einen verlässlichen rechtlichen Rahmen sorgen.

Lockerung der Restriktionen für ethisch und medizinisch sinnvolle Projekte der Stammzellenforschung

Neben den inzwischen breit diskutierten Aussichten auf Therapiemöglichkeiten für verschiedene schwere Krankheiten lassen bisherige Ergebnisse der Stammzellenforschung begründeterweise hoffen, daß mit Hilfe der hier sich entwickelnden neuen Techniken auch vielen Menschen, die unter gravierenden Formen der Sterilität leiden, in Zukunft geholfen werden kann.

So ist es z.B. denkbar, dass in vitro entweder Stammzellen eines unfruchtbaren Mannes zu Spermien ausdifferenziert werden oder Stammzellen einer infertilen Frau zu befruchtungsfähigen Eizellen weiterentwickelt werden. Mit diesen neu gewonnenen Gameten könnte es den betroffenen Paaren ermöglicht werden, ein biologisch gemeinsames Kind auf dem Wege der künstlichen Befruchtung zu bekommen.

Unbenommen von entsprechenden Lockerungen der geltenden gesetzlichen Regelungen, mit denen die ethisch und medizinisch sinnvolle Forschungsprojekte künftig auch in Deutschland ermöglicht würden, sollte das Verbot der Erzeugung von Menschen, die das identische Erbgut eines anderen Menschen haben (Klonen), bestehen bleiben. Es steht für uns außer Diskussion, daß Klonen als reproduktionsmedizinische Maßnahme ethisch nicht zu rechtfertigen ist.

Quelle: <http://www.wunschkind.net/blog/2005/06/20/spermien-und-eizellen-aus-stammzellen.html>

Weitere Informationen zum Thema „Ungewollt Kinderlos“ unter:

