

Warum fordern wir mehr Unterstützung für ungewollt kinderlose Paare?

Vollfinanzierung von vier Kinderwunschbehandlungen,

weil auch nach drei erfolglosen Behandlungen immer noch eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht, da die Erfolgchancen erst nach dem sechsten Versuch signifikant sinken.

Die Erfüllung eines fundamentalen Lebensbedürfnisses - Fortpflanzung - darf nicht von der finanziellen Situation eines auf dem natürlichen Weg unfruchtbaren Paares abhängen. 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".

Die Möglichkeit der Fortpflanzung vom Kontostand abhängig zu machen bezeichnen wir als Zweiklassenmedizin, bei der sich einkommensstärkere Menschen vermehren dürfen, finanziell schlechter gestellte nicht.

Gesetzliche Anerkennung der Sterilität als Krankheit analog WHO,

weil "reproduktive Gesundheit der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ist und nicht nur das Freisein 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."

Änderung der starren Altersgrenzen in eine Indikationsregelung,

weil es keinerlei medizinische Begründung dafür gibt, eine 20-Jährige mit verschlossenen Eileitern und Kinderwunsch fünf Jahre warten (und ihre Lebensplanung umstellen) zu lassen bis sich ihre Eizellen und damit ihre Erfolgsaussichten verschlechtern haben;

und weil die Altersgrenzen 40 bei der Frau und 50 beim Mann willkürlich und ohne medizinische Begründung gesetzt worden sind, denn in vielen Fällen gibt es durchaus noch hinreichende Erfolgsaussichten. Statistisch signifikant fallen die Erfolgsaussichten bei der Frau einmal mit 35 und dann erst mit 43 Jahren. Auch Männer jenseits der 50 weisen statistisch keine signifikant verringerten Fertilität auf. Unfruchtbare jüngere Frauen, die mit einem über 50-jährigen fruchtbaren Mann verheiratet sind, haben mit der starren Regelung keine Chance einer Krankenkassen-Finanzierung.

Abschaffung der Benachteiligung Unverheirateter,

weil es unserer modernen Gesellschaft mit einem sehr stark steigenden Anteil (auf Dauer angelegter) nichtehelicher Lebensgemeinschaften mit Kindern widerspricht, die Übernahme der Leistung von der Ehe abhängig zu machen (vgl. Änderung des Kindschaftsrechtes).

Abschaffung der Benachteiligung von Paaren, die auf Fremdsamenspenden angewiesen sind,

weil es sich hier um eine dem Grundgesetz, Artikel 3 widersprechende Ungleichbehandlung gegenüber anderen Paaren handelt. Es kann auch 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.

Bestehen zusätzlich zur Zeugungsunfähigkeit des Mannes auch Fruchtbarkeitsprobleme bei der Frau, sind auch diese bisher 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, die die Interessen des Kindes, der Eltern und des Spenders wahren,

weil das Recht des Kindes auf Kenntnis über seine Herkunft mit der bisherigen Nichtregelung nicht gewährleistet ist und weil die Rechtsunsicherheit zu ungünstigen Behandlungsbedingungen beiträgt (Atmosphäre der Verschwiegenheit und gesellschaftliche Ächtung; geringe Zahl an geeigneten Spendern; weite Anfahrtswege, da nur verhältnismäßig wenige Ärzte die Behandlung durchführen, u.v.a.).

Weiterkultivierung von mehr als drei Embryonen und Auswahl nach morphologischer Beobachtung,

weil sich nur etwa jede zehnte befruchtete Eizelle zu einem Menschen entwickelt und im Vorkernstadium, in dem nach deutschen ESchG ausgewählt werden muss, dazu noch keine Prognose möglich ist. Um einigermaßen gute Erfolge zu erreichen, werden in vielen Fällen drei Embryonen kultiviert und anschließend übertragen. Dies führt zu einer erhöhten Rate von höhergradigen Mehrlingen, Fetozyden, Schwangerschaftskomplikationen, Risiken und Belastungen für Mutter und Kinder, Frühgeburten und ferner sind damit auch hohe Kosten für die Gemeinschaft verbunden. Am dritten Tag nach der Befruchtung könnte aus einer größeren Anzahl vorhandener Embryonen der Embryo mit den morphologisch betrachtet besten Erfolgsaussichten ausgewählt und nur dieser einzelne Embryo mit einer höheren Schwangerschaftsaussicht als bisher transferiert werden. Damit könnten Mehrlingsschwangerschaften zum größten Teil vermieden werden. Die nicht transferierten Embryonen könnten für späterer Versuche eingefroren werden.

Eingeschränkte Zulassung der PID in Fällen schwerer genetischer Vorbelastung der Eltern oder aus vergleichbaren anderen medizinisch wichtigen Gründen,

weil alle Paare ein Recht auf Fortpflanzungsfreiheit haben und der Staat eine Frau nicht dazu zwingen kann, ein schwerst behindertes Kind als Exempel für andere auszutragen und aufzuziehen. PID verhindert hier Abtreibungen im fortgeschrittenen Stadium einer Schwangerschaft, dient damit dem Interesse des Embryos, nicht in einem so späten Entwicklungsstadium abgetrieben zu werden und erspart der Mutter die psychische Belastung und die Risiken einer Abtreibung, sowie auch der Solidargemeinschaft die damit verbundenen Kosten.

Zulassung der Eizellspende und Embryonenspende mit klaren gesetzlichen Regelungen,

weil der deutsche Gesetzgeber mit einem Verbot keineswegs verhindert, dass solche Paare, deren einzige Chance auf das sehnlichst erwünschte Kind der Weg der Eizell- oder Embryonenspende ist, diese Behandlung durchführen lassen. Die reale Auswirkung dieses Verbotes ist vielmehr, dass nur finanzkräftige Paare die Chance auf eine Elternschaft durch eine Behandlung im Ausland haben, wobei diesen Paaren der Leidensweg dann zusätzlich erschwert ist.

Der Gesetzgeber sollte nicht auf die Chance verzichten, für solche Behandlungen einen Rahmen vorzugeben, der humaner ist als in unseren Nachbarländern (nur Zulassung von Müttern als Spenderinnen, Aufbewahrung der Spender(innen)-daten im Interesse der Kinder, Ausräumen rechtlicher Unklarheiten).

Tiefgefrorene Embryonen, deren Mütter keinen Transfer mehr wünschen, wären nicht mehr der Vernichtung geweiht, sondern könnten in einer anderen Familie weiter leben.

Lockerung der Restriktionen für ethisch und medizinisch sinnvolle Projekte der Stammzellenforschung,

weil bisherige Forschungsergebnisse begründeterweise hoffen lassen, daß mit Hilfe dieses neuen Forschungszweiges 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 auch den betroffenen Paaren ermöglicht werden, ein biologisch gemeinsames Kind auf dem Wege der künstlichen Befruchtung zu bekommen.

Ausführlichere Informationen zu unseren Forderungen finden sie in dem Internet-Dokument "Informationsmaterial 'Ungewollt Kinderlose in Deutschland':"

<http://www.klein-putz.net/forum/files/informationsmaterial.pdf>