



Reproduktionsmedizin & Familienplanung Bessere Aufklärung und klarer Rechtsrahmen notwendig

Das Wichtigste in Kürze:

- Die Nutzung der Reproduktionsmedizin nimmt stetig zu. Der Bedarf steigt, da Geburten immer häufiger bis in das vierte Lebensjahrzehnt aufgeschoben werden – ein Alter, in dem verstärkt Fertilitätsprobleme auftreten.
- Die Erfolgsaussichten reproduktionsmedizinischer Behandlungen werden oft überschätzt. Späte Elternschaft mittels Reproduktionsmedizin lässt sich bislang nicht zuverlässig planen. Das Risiko, ungewollt kinderlos zu bleiben, ist hoch.
- Die Kinderwunschbehandlung wird von vielen Patientinnen und Patienten als emotional anstrengend und belastend empfunden. Es besteht ein Bedarf an psychosozialer Beratung und Begleitung.
- Die rechtlichen Regelungen zu den erlaubten Verfahren sowie zum Zugang zur Reproduktionsmedizin sind teilweise veraltet und widersprüchlich. Eine Aktualisierung dieser Regelungen würde die Rechtssicherheit für Patientinnen und Patienten sowie für Ärztinnen und Ärzte erhöhen.
- Der Beitrag der Reproduktionsmedizin zur Gesamtgeburtenrate ist mit 2,8 Prozent aller Geburten relativ gering.

Elternglück mit weit über 45 Jahren? Mit einer späten Schwangerschaft rückten Prominente zuletzt häufiger in den Fokus der medialen Berichterstattung. Dabei bleibt meist unerwähnt, dass die „Entstehung“ dieser Kinder oftmals nur über kostspielige und aufwendige medizinische Maßnahmen mit sehr begrenzten Erfolgsaussichten möglich ist. Fehlende Informationen über die Belastungen und Erfolgsaussichten der Behandlungen tragen zu der Vorstellung bei, dass es heutzutage problemlos möglich sei, mittels Reproduktionsmedizin auch im hohen Alter noch Kinder zu bekommen.

Zahl der reproduktionsmedizinischen Behandlungen steigt stetig

Im Jahr 1982 wurde das erste mit reproduktionsmedizinischer Hilfe gezeugte Kind in Deutschland geboren. Seitdem haben sich die medizinischen Möglichkeiten rasant entwickelt. Zu den wichtigsten Behandlungsverfahren zählen heute die In-Vitro-Fertilisation (IVF) und die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI). Bei diesen Verfahren werden Eizellen außerhalb des Körpers der Frau befruchtet. Während bei der IVF Spermien und Eizellen im Reagenzglas zusammengebracht werden, wird bei der ICSI ein einzelnes Spermium direkt in die Eizelle eingebracht. Die verwendeten Ei- und Samenzellen können frisch oder eingefroren (kryokonserviert) sein. Relativ neu ist, dass gesunde Frauen ihre Eizellen einfrieren lassen können, um sie später mittels IVF oder ICSI befruchten zu lassen. Man spricht hier auch von „Social Freezing“. Zu den weniger invasiven Verfahren zählen die Insemination, bei der Sperma in die Gebärmutter eingespritzt wird, sowie Hormonbehandlung und Zyklusbeobachtung. In Deutschland gibt es über 130 Kinderwunschzentren, die solche Behandlungen anbieten.

Seit der Jahrtausendwende steigt in Deutschland die Zahl der reproduktionsmedizinischen Behandlungen (Abbildung 1). Das Ausnahmejahr 2003 sowie der Rückgang der Behandlungen im darauf folgenden Jahr ist auf die Reduzierung der Kostenübernahme

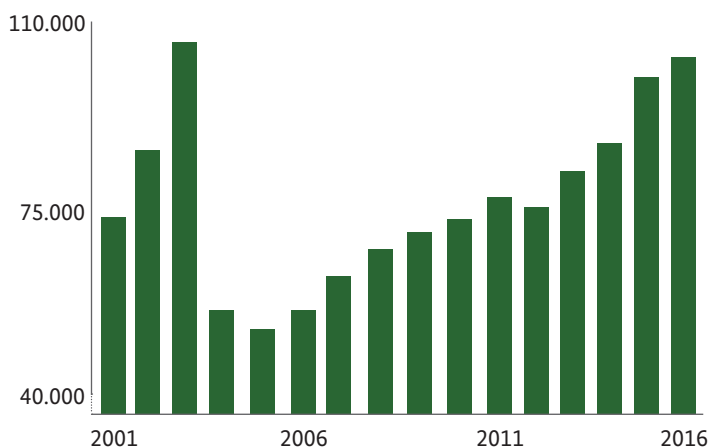


Abb. 1: Anzahl durchgeführter reproduktionsmedizinischer Behandlungen (IVF, ICSI, IVF/ICSI und Kryo) in Deutschland

Daten: Deutsches IVF Register 2001–2016

durch die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2004 zurückzuführen. Der steigende Trend setzte sich danach fort. 2016 wurden fast 104.000 Behandlungen bei 62.797 Frauen durchgeführt. Im Jahr 2001 waren es knapp 74.000 Behandlungen bei 46.000 Frauen.

Aufgeschobene Familienplanung erhöht Risiko von Fertilitätsproblemen

Frauen und Männer sind relativ alt, wenn sie sich an die Reproduktionsmedizin wenden. Im Jahr 2016 waren die behandelten Frauen im Durchschnitt fast 36 Jahre, die Männer knapp 39 Jahre alt. Zudem ist das Alter der Kinderwunschpatientinnen und -patienten seit 2001 um zwei bis drei Jahre gestiegen.⁽¹⁾ Dieser Anstieg spiegelt den seit langem zu beobachtenden Aufschub von Geburten im Lebensverlauf wider. Zuletzt lag das durchschnittliche Alter von Frauen bei einer Geburt bei 31 Jahren. Die Gründe für den Aufschub von Geburten in das vierte Lebensjahrzehnt sind vielfältig: Sie reichen von langen Ausbildungszeiten und prekären Beschäftigungsverhältnissen über das Fehlen des passenden Partners bis hin zu den gefühlt hohen Anforderungen einer verantworteten Elternschaft. Spätestens ab 35 Jahren nimmt aber das Risiko, von Infertilität betroffen zu sein, deutlich zu. Von Infertilität spricht man, wenn Paare über ein Jahr erfolglos versucht haben, ein Kind zu zeugen. Nicht nur Kinderlose, sondern auch Paare mit Kindern können betroffen sein. Nicht alle Betroffenen bleiben zwangsläufig kinderlos, denn der Begriff beschreibt zunächst nur eine Situation verminderter Fruchtbarkeit. Trotzdem leistet Infertilität auch einen Beitrag zu der hohen Zahl kinderloser Frauen in Deutschland. Im Geburtsjahrgang 1967 lag deren Anteil bei 21 Prozent.

Erfolgsaussichten reproduktionsmedizinischer Behandlungen sind niedrig

Das Ausbleiben einer Schwangerschaft ist für viele Betroffene zunächst ein Schock. Die Reproduktionsmedizin mit ihren Behandlungsmöglichkeiten gibt neue Hoffnung, wenn sonstige Bemühungen um eine Schwangerschaft erfolglos geblieben sind. Die Chancen, durch eine Behandlung ein Kind zu bekommen, werden allerdings häufig überschätzt. Die Wahrscheinlichkeit, infolge einer einzelnen Behandlung ein Kind zu bekommen - die sogenannte „Baby-Take-Home-Rate“ - liegt nach einer IVF- oder ICSI-Behandlung bei knapp 24 Prozent. Bei Verwendung von kryokonservierten Eizellen, die auch beim Social Freezing zum Einsatz kommen, ist sie mit 17 Prozent noch deutlich niedriger.⁽¹⁾ Die Erfolgsaussichten der Behandlungen sinken zudem altersabhängig: Nur noch bei etwa jeder zehnten 41-jährigen Frau ist eine IVF erfolgreich. Aus heutiger Sicht ist es jungen Menschen nicht zu empfehlen, bei der Familienplanung darauf zu setzen, dass mittels Reproduktionsmedizin eine späte Geburt problemlos möglich ist.

Belastung der Kinderwunschpatientinnen und -patienten ist hoch

Die mit einer Behandlung verbundenen körperlichen und psychischen Belastungen können sehr hoch sein. Eine Befragung von Paaren in Kinderwunschbehandlung zeigt, dass sich rund 58 Prozent der Frauen und 44 Prozent der Männer sehr belastet fühlen (Abbildung 2). Die Behandlungen sind zeitaufwendig und häufig mit Fehlzeiten im Beruf verbunden. Frauen müssen Hormonpräparate mit möglichen Nebenwirkungen einnehmen. Für die Entnahme von Eizellen ist ein Eingriff unter Vollnarkose notwendig. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko einer Mehrlingschwangerschaft, die häufig mit hohen gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kinder verbunden ist und nach der Geburt zu einer höheren Stressbelastung der Eltern führen kann.

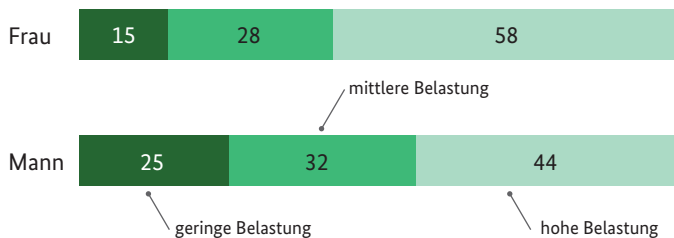


Abb. 2: Belastung durch die Kinderwunschbehandlung (in %)

Daten: PinK-Studie 2013/2014, eigene Berechnungen

Ein weiterer Faktor, der zur Belastung werden kann, sind die Behandlungskosten, die bei bis zu 4.000 Euro für eine IVF und 5.000 Euro für eine ICSI-Behandlung liegen können. Seit 2004 wird von den gesetzlichen Krankenkassen nur noch die Hälfte der Kosten für maximal drei IVF- oder ICSI-Behandlungen übernommen. Trotz Zusatzleistungen mancher Kassen und weiterer Unterstützungen in einigen Bundesländern ist der finanzielle Aufwand für die Paare hoch und hat Einfluss auf die Entscheidung, eine Behandlung zu beginnen oder deren Beginn hinauszuzögern.⁽²⁾ Trotz der vielfältigen Belastungen ist die Reproduktionsmedizin für viele Paare mit unerfülltem Kinderwunsch die erste Wahl, denn anders als eine Adoption oder Pflegeelternschaft kann sie eine leibliche Elternschaft ermöglichen.⁽³⁾

Vor Behandlungsbeginn müssen Paare über potenzielle gesundheitliche Risiken und psychische Belastungen aufgeklärt werden. Eine Befragung von Paaren in Kinderwunschbehandlung ergab, dass letzteres nur bedingt gegeben ist: Nur etwa jede zweite Frau und jeder dritte Mann gibt an, von einer Ärztin oder einem Arzt darüber informiert worden zu sein, dass eine Behandlung emotional belastend sein kann. Eine qualifizierte und unabhängige Beratung vor, während und nach der Behandlung ist deshalb sinnvoll und wird von Ärztinnen und Ärzten sowie Beratungsstellen befürwortet.⁽⁴⁾

Veraltete rechtliche Regelungen

Die für Deutschland maßgeblichen Regelungen zu den erlaubten Verfahren, zu Zugangsvoraussetzungen und zur Kostenübernahme legen den Handlungsrahmen für die Nutzung der Reproduktionsmedizin durch Personen und Paare mit unerfülltem Kinderwunsch fest.

Bezüglich der erlaubten Verfahren ist das Embryonenschutzgesetz aus dem Jahr 1991 maßgebend, welches dem Strafrecht zuzuordnen ist. Seit 1991 hat sich vieles verändert. Die Verwendung von Fremdsperma ist demnach erlaubt, Eizellspende und Leihmutterschaft dagegen nicht. Es bestehen viele rechtliche Grauzonen. Dies betrifft unter anderem die Embryonenspende, die nicht klar geregelt ist, jedoch teilweise praktiziert wird. Neuen technischen Verfahren wie dem Transfer eines nach medizinischen Kriterien ausgewählten einzelnen Embryos mit guten Entwicklungschancen (elektiver Single Embryo Transfer, kurz: eSET) tragen die Regelungen im Embryonenschutzgesetz nicht Rechnung. Die Anwendung von eSET ist international Standard; in Deutschland dagegen ist sie verboten, was häufig dazu führt, dass mehr als ein Embryo eingesetzt wird und das Risiko einer Mehrlingschwangerschaft unnötig steigt.⁽⁵⁾

Reguliert ist in Deutschland auch der Kreis der Personen, die reproduktionsmedizinisch behandelt werden dürfen. Ausgeschlossen sind alleinstehende Personen und schwule Paare; letztere, weil für sie nur die in Deutschland verbotene Leihmutterschaft in Frage käme. Die Behandlung lesbischer Paare ist gesetzlich erlaubt, die ärztlichen Richtlinien sind hier jedoch nicht eindeutig. Für die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen existieren statusbezogene Kriterien. Die Erstattung wird vor allem an Alter und Ehestatus geknüpft. Die Partner müssen verheiratet und mindestens 25 Jahre alt sein; Frauen dürfen höchstens 40 und Männer höchstens 50 Jahre alt sein.

Für die Kinderwunschpatientinnen und -patienten ist schwer zu verstehen, warum die Spende männlicher Spermazellen erlaubt, die weibliche Eizellspende dagegen verboten ist. Kaum nachvollziehbar ist für die Betroffenen auch die unterschiedliche Behandlung ehelicher und nichtehelicher Lebensformen, die zu deutlich höheren Behandlungskosten für unverheiratete Paare und damit zu deren Benachteiligung führt.

Reproduktionsmedizin wirft ethische Fragen auf

Die Frage nach dem gesellschaftlichen und politischen Umgang mit der Reproduktionsmedizin ist ethisch komplex und kann hier nur angerissen werden. Haben Menschen das Recht auf ein Kind und zu welchem Preis? Ist Infertilität wie eine Krankheit zu behandeln, sodass Versicherungsgemeinschaft oder Staat für Behandlungen zahlen müssen? Das Grundgesetz verankert

das Recht auf Fortpflanzung als hohes Gut, allerdings nicht im Sinne einer staatlichen Finanzierung. Die Finanzierung kann aber nicht außer Acht gelassen werden, da sie aktuell zu erheblichen sozialen Ungleichheiten führt. Bei Verfahren wie Leihmutter-schaft und Eizellspende werden die ethischen Fragen noch komplexer, da neben dem Wohl der Kinder auch das der Leihmütter berücksichtigt werden muss.⁽⁶⁾ In der Vorbereitung eines von vielen Expertinnen und Experten geforderten Fortpflanzungs-medizingesetzes sind hierzu Diskussionen notwendig.⁽⁷⁾

Der Einfluss der Reproduktionsmedizin auf die Geburtenentwicklung ist sehr begrenzt

Immer mehr Geburten lassen sich in Deutschland auf erfolgreiche reproduktionsmedizinische Behandlungen zurückführen. Im Jahr 2001 wurden 12.456 Kinder mit medizinischer Hilfe gezeugt, 2015 waren es fast doppelt so viele (Abbildung 3). Der Anteil an allen Geburten ist jedoch gering, er lag im Jahr 2001 bei 1,7 Prozent und stieg bis 2015 auf 2,8 Prozent.

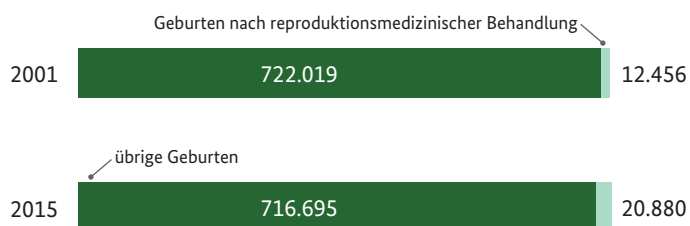


Abb. 3: Zahl lebend geborener Kinder nach reproduktionsmedizinischer Behandlung und übrige Geburten

Daten: Deutsches IVF Register 2016, Stat. Bundesamt 2018. Reproduktionsmedizin umfasst hier IVF, ICSI, IVF/ICSI und Kryo.

Demografische Analysen zeigen, dass die Reproduktionsmedizin die Geburtenzahlen kaum erhöht.⁽⁸⁾ Um nennenswerte Effekte auf die Geburtenrate zu erzielen, müssten sich deutlich mehr Personen oder Paare mit Fertilitätsproblemen behandeln lassen, sie müssten früh beginnen und viele Behandlungen durchführen. Aufgrund der psychischen und körperlichen Belastung durch die Behandlung sowie der hohen Kosten ist dies weder realistisch noch erstrebenswert. Für Demografiepolitik ist die Reproduktionsmedizin nicht geeignet.

Empfehlungen

- Aufgrund des Aufschubs von Geburten bis ins vierte Lebensjahrzent sind immer mehr Paare altersbedingt von Infertilität betroffen. Im Rahmen der Verhütungsaufklärung sollte auch über das Infertilitätsrisiko im Lebensverlauf sowie über die Chancen und Risiken der Reproduktionsmedizin informiert werden.
- Das Ausbleiben einer Schwangerschaft kann – ebenso wie eine Kinderwunschbehandlung – für die betroffenen Paare psychisch sehr belastend sein. Behandlungsunabhängige (psychosoziale) Beratungsangebote könnten helfen, diese Belastungen zu reduzieren.
- Die maßgeblichen Regelungen zu erlaubten Verfahren und zum Zugang zur Reproduktionsmedizin sind teilweise widersprüchlich und entsprechen weder dem Stand der Wissenschaft noch der Lebensrealität der Menschen. Eine Aktualisierung der Gesetzgebung würde Rechtssicherheit schaffen und die Situation für Patientinnen und Patienten sowie für Ärztinnen und Ärzte verbessern.
- Aus demografischer Perspektive ist der Beitrag der Reproduktionsmedizin zur Gesamtgeburtenentwicklung sehr begrenzt. Eine deutliche Steigerung der Geburtenzahlen mittels Reproduktionsmedizin ist unrealistisch und aufgrund der Belastungen für die Betroffenen nicht erstrebenswert.

Literaturhinweise

- (1) DIR (2017): Jahrbuch 2016. In: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 14; Sonderheft 1: 275–305.
- (2) Passet-Wittig, J. (2017): Unerfüllte Kinderwünsche und Reproduktionsmedizin. Eine sozialwissenschaftliche Analyse von Paaren in Kinderwunschbehandlung. Beiträge zur Bevölkerungswissenschaft 49. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- (3) Passet-Wittig, J.; Schneider, N. F. (2018): Imaginability of adoption, foster care, and life without a(nother) child and stress in women and men in fertility treatment. In: Journal of Health Psychology.
- (4) BMFSFJ (2014): Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland. Berlin.
- (5) Diedrich, K.; Strowitzki, T.; Kntenich, H. (2018): Assistierte Reproduktion: Möglichkeiten und Grenzen. In: Der Gynäkologe 51,8: 607–612.
- (6) Bujard, M.; Thorn, P. (2018): Leihmutter-schaft und Eizellspende. Schwierige Abwägung zwischen Fortpflanzungsfreiheit und Ausbeutungsgefahr. In: Der Gynäkologe 51,8: 639–646.
- (7) Beier H. M.; Bujard, M.; Diedrich, K.; Dreier, H.; Frister, H.; Kntenich, H., et al. (2017): Ein Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland. In: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 14,5: 219–220.
- (8) Habbema, J. D. F.; Eijkemans, M.J.C; Nargund, G.; Beets, G.; Leridon, H.; te Velde, E.R. (2009): The effect of in vitro fertilization on birth rates in western countries. In: Human Reproduction 24,6: 1414–1419.

IMPRESSUM