

Pua-Informationsbrief Nr. 4:



Das sind die Themen:

1. **Kinder von Samenspendern haben ein Recht auf Auskunft über ihren biologischen Vater**
2. **Eizellenspende: Eine Frage der Geschlechtergerechtigkeit?**
3. **Die Bundesfamilienministerin will ungewollt kinderlose Paare unterstützen.**
4. **Verschiedenes**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dieser Mail erhalten Sie einen weiteren Informationsbrief aus der *PUA-Fachstelle für Information, Aufklärung, Beratung zu Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin*. Er enthält aktuelle Informationen zum *Themenschwerpunkt Reproduktionsmedizin*.

Zwei Hinweise vorab: Zur gezielten Lektüre eines einzelnen Abschnittes können Sie mit dem Cursor auf das gewünschte Thema in der Themenübersicht gehen. Mit „Strg und Klicken“ gelangen Sie direkt zu dem gewünschten Themenpunkt. Auskunft über den Verteiler dieses Informationsbriefes (Stand: Juli 2013) erhalten Sie am Ende der Mail.

Falls Sie Anregungen, Fragen oder Kritik zu diesem Informationsbrief haben, freue ich mich über eine Mail oder einen Anruf von Ihnen. Falls Sie diesen Informationsbrief *nicht* mehr erhalten möchten, bitte ich um eine kurze Nachricht per Mail.

Mit freundlichen Grüßen
Claudia Heinkel

Diakonisches Werk Württemberg
PUA-Fachstelle für Information, Aufklärung, Beratung zu Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin
Heilbronner Straße 180
70191 Stuttgart
Tel.: 0711 1656 – 341
Mail: heinkel.c@diakonie-wuerttemberg.de

1. Kinder von Samenspendern haben ein Recht auf Auskunft über ihren biologischen Vater.

Im Februar 2013 hat das Oberlandesgericht Hamm ein wegweisendes Urteil gefällt: Die Tochter eines anonymen Samenspenders hat ein Recht darauf, den Namen ihres biologischen Vaters zu erfahren. Eine junge Frau, Sarah P., wollte von dem Reproduktionsmediziner, der 1990 bei ihrer Mutter erfolgreich eine heterologe Insemination durchgeführt hatte, den Namen des Samenspenders wissen. Der Arzt, Prof. Dr. Katzorke (Essen), verweigerte diese Auskunft mit der Begründung, er habe dem Samenspender damals Anonymität zugesichert und sei an seine ärztliche Schweigepflicht gebunden. Außerdem gebe es keine Unterlagen mehr, weil diese zum Zeitpunkt der Zeugung nur 10 Jahre hätten aufbewahrt werden müssen. Daraufhin verklagte sie den Reproduktionsmediziner auf Auskunft.

Das Oberlandesgericht (OLG) Hamm hat der Klägerin Recht gegeben. Es hat den Arzt zur Auskunft über den Samenspender verpflichtet. Die Richter begründen dies mit dem Recht eines jeden Men-

schen auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit. Dazu gehöre auch die Kenntnis seiner genetischen Herkunft. Dieses Recht sei höher zu bewerten als das Persönlichkeitsrecht des Spenders und die ärztliche Schweigepflicht. Ausserdem habe man auch zum Zeitpunkt der Kinderwunschbehandlung schon wissen können, dass es kein Recht auf absolute Anonymität geben könne. Das Gericht hat den Arzt verpflichtet, umfassende Recherchen anzustellen unter Befragung der damaligen Mitarbeitenden, um den Namen des Spenders zu ermitteln und seiner Auskunftspflicht nachzukommen.

Nach diesem Urteil ist die Praxis vieler Samenbanken und reproduktionsmedizinischen Zentren, den Samenspendern vertraglich vollständige Anonymität zu zusichern, auch gegenüber den so gezeugten Kindern, definitiv nicht haltbar. Es sind Verträge zu Lasten Dritter, in diesem Fall des Kindes, die nichtig sind.

Die ausführliche Pressemitteilung des OLG Hamm vom 6.2.2013 finden Sie hier: http://www.olg-hamm.nrw.de/behoerde/presse/archiv/2013_pressearchiv/19-heterologe-Insemination.pdf.

Das Urteil können Sie hier nachlesen:

http://www.justiz.nrw.de/nrwe/olgs/hamm/j2013/l_14_U_7_12_Urteil_20130206.html.

Zu den Reaktionen Betroffener:

Der Verein der *Spenderkinder e.V.* (<http://www.spenderkinder.de>) hat mit großer Erleichterung auf dieses Urteil reagiert, weil es die Spenderkinder in ihrem Wunsch nach Auskunft über ihren biologischen Vater bestätige. Etwa 110.000 Kinder sind in Deutschland in den letzten zwanzig bis dreißig Jahren in Deutschland durch eine heterologe Samenspende gezeugt worden, etwa ein Drittel in der Praxis des nun verklagten Reproduktionsmediziners. Viele von ihnen wissen nichts von ihrer Herkunft, weil über lange Zeit die Maßgabe vorherrschte, es sei besser für die Kinder, wenn sie nichts davon erfahren.

(Die Parallelen zum Umgang mit Adoption liegen auf der Hand. Nur sind die Rechte der Adoptivkinder auf Kenntnis ihrer Herkunft und die Auskunftsverfahren schon lange gesetzlich klargestellt. Und das Wissen über die Folgen von sog. Familienheimnissen hat seit längerem schon zu einem Umdenken der Fachkräfte in diesem Bereich geführt.)

Spenderkinder e.V. widerspricht Vermutungen, das Urteil würde potentielle Samenspenden in Deutschland von einer Samenspende abschrecken. In anderen europäischen Ländern, in denen die Anonymität des Spenders vor Jahren schon aufgehoben wurde (Großbritannien 2005, Niederlande 2004, Schweden 1985), gebe es nach wie vor genug Samenspenden. Der Verein weist auch darauf hin, dass die Spenderkinder, die Auskunft über ihren genetischen Vater wollen, in der Regel keine finanziellen Motive haben. Sarah P. sagt in einem Interview, sie wolle bloß wissen, wer er sei (<http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/samenspende-prozess-tochter-sucht-ihren-leiblichen-vater-a-882804.html>).

Zur Rechtslage in Deutschland:

Lange Zeit galt die heterologe Insemination unter Medizinern als standeswidrig und erst der 73. Deutsche Ärztetag 1970 entschied sich für eine standesrechtliche und berufsethische Akzeptanz. 1986 hat die Bundesärztekammer eine erste Richtlinie zur Durchführung der In-Vitro-Fertilisation erlassen, die 2006 überarbeitet wurde (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.45.3261>).

Samenspenden waren in Deutschland nie verboten, aber es gab und gibt bislang auch keine ausdrückliche rechtliche Regelung dazu, sie finden in einem rechtlich nicht geregelten Graubereich statt. Die Samenbanken haben sich damit geholfen, dass sie mit den Eltern und dem Samenspender jeweils Vereinbarungen z. B. über die Anonymität des Spenders geschlossen haben. Sie binden jedoch nicht das Kind und sein berechtigtes Interesse auf Auskunft über seinen biologischen Vater und haben vor Gericht keinen Bestand, wie das Urteil des OLG Hamm bestätigt.

Nicht nur die Frage der Auskunftspflicht ist bislang ungeregelt. Es gibt auch keine gesetzliche Regelung darüber, wer überhaupt eine Samenspende erhalten kann – muss man dazu verheiratet sein? Können auch alleinstehende Frauen oder lesbische Paare in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft eine Samenspende erhalten? oder ganz praktisch: Was passiert mit den Akten, wenn eine Praxis schließt? Es gibt in Deutschland keine zentrale Dokumentationsstelle.

Die Klage vor dem OLG Hamm war die erste zu diesem Sachverhalt. Der Verein der Spenderkinder hat die Hoffnung, dass durch dieses Urteil weitere Schritte zu einer gesetzlichen Regelung der Samenspende und insbesondere der Auskunftspflichten angestoßen werden. Er hat eine lange Liste

von politischen Forderungen erstellt (<http://www.spenderkinder.de/politischeforderungen/>). Auch manche Reproduktionsmediziner sehen einen Klärungsbedarf.

Die Klarstellung wäre auch im Interesse der Samenspender selbst wichtig. Auch wenn es bislang noch nie vorkam und die juristischen Hürden recht hoch sind, so sind sie derzeit vor Unterhaltsansprüchen der Spenderkinder nicht geschützt.

Das Bundesjustizministerium hat sich auf die Frage, ob sich nach diesem Urteil des OLG Hamm gesetzgeberischer Handlungsbedarf ergebe, nicht geäußert.

[Nach oben](#)

2. Eizellenspende: eine Frage der Geschlechtergerechtigkeit?

Die Zeitschrift EMMA beschäftigt sich in der Titelgeschichte ihrer Mai/Juni Ausgabe mit dem Thema „Mutter werden mit 50plus“. Sie enthält flott geschriebene Berichte über prominente Frauen wie Gianina Nannini, die mit 54 Mutter wurde und weniger prominente Frauen, die mit 64 oder 66 Jahren ihre Kinder bekamen und über *Väter mit 70plus*. Die Autorinnen diskutieren darin vor allem die unterschiedlichen gesellschaftlichen Bilder von alten Müttern und alten Vätern und kritisieren – zurecht wie ich finde – den sexistischen Ton in der Berichterstattung über sie. Die Frage nach dem Wohl von Kindern, die bereits in der Pubertät damit umgehen müssen, dass ihre Eltern alt und gebrechlich oder gar pflegebedürftig sind und die keine Großeltern mehr haben werden, wird in den Artikeln fast beiläufig nur abgehandelt („Mein Vater ist 96 geworden und hat mit 90 noch für uns gekocht“). Schade!

Nicht nur bedauerlich, sondern ziemlich bestürzend finde ich das anschließende Interview mit Prof. Claudia Wiesemann, Mitglied im Deutschen Ethikrat und Leiterin des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin in Göttingen. Überschrift: „Warum sollte eine 65-Jährige nicht mit einem 45-Jährigen ein Kind bekommen?“ Maßstab für späte Mutterschaft oder auch Vaterschaft ist für sie, dass mindestens ein Elternteil theoretisch in der Lage sein sollte, sich 18 Jahre lang um das Kind zu kümmern. Unter dieser Prämisse ist für sie die Mutterschaft einer 65-jährigen Frau in Ordnung und die Kritik daran „bigott“.

Der Handel mit Eizellen

Voraussetzung für eine Schwangerschaft im höheren Alter der Frau ist eine Eizellenspende einer anderen Frau. Dies ist in Deutschland - im Unterschied zur Samenspende - verboten. Das ist Prof. Wiesemann auch klar, sie fordert in diesem Artikel daher konsequenterweise, das Verbot der Eizellenspende in Deutschland solle aufgehoben werden.

Ihre Begründung: „Der wichtigste Grund dafür ist die Geschlechtergerechtigkeit. Schließlich ist die Samenspende auch erlaubt.“ Sie hält das Verbot der Eizellenspende aber nicht nur im Verhältnis der Geschlechter für ungerecht, sondern auch unter den Frauen selbst: Das Verbot verhindere auch „die altruistische Eizellenspende, bei der eine Frau einer anderen eine Eizelle spendet und die dann das Kind austrägt. Insofern wird durch das Verbot eine Ungerechtigkeit erzeugt, die wir korrigieren müssten“, so Prof. Wiesemann.

Samenspende und Eizellenspende als Fragen der Geschlechtergerechtigkeit? Ist das wirklich gleichzusetzen: Eine Samenspende und die gesundheitlich belastende Hormonbehandlung der Spenderin über 14 Tage, die Entnahme der Eizellen unter Narkose, die hormonelle Stimulation der Empfängerin vor der Übertragung der fremden Eizellen mit all den gesundheitlichen Risiken, die das für beide Frauen jeweils mit sich bringt und übrigens auch für die so gezeugten Kinder?

(<http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin/fortpflanzungsmedizin-gefaehrliche-eizellenspende-1578939.html>)? Unterziehen sich Frauen in anderen Ländern dieser gesundheitlich belastenden Prozedur tatsächlich aus reinem Jux und Tollerei, ganz freiwillig und ganz altruistisch - oder tun sie das nicht vielmehr aus ganz anderen Gründen?

DER SPIEGEL hat kürzlich (Ausgabe 19/2013) berichtet, dass inzwischen zunehmend mehr junge Frauen in Spanien in der Eizellenspende einen Ausweg aus ihrer wirtschaftlichen Misere suchen. Für ca. 1000 Euro je Behandlung sind sie bereit, ihren Körper für die Produktion von Eizellen für ungewollt kinderlose Paare zur Verfügung zu stellen. Es seien keine Einzelfälle. Der Medizintourismus sei eine der wenigen florierenden Branchen in Spanien (<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-94387930.html>).

Seit langem schon liegen Berichte über den kommerziellen Handel mit Eizellen vor, gibt es eindrückliche Recherchen wie beispielsweise die von Dr. Eva Schindele, Sozialwissenschaftlerin und Journalistin, über die Leidensgeschichte einer jungen Bulgarin nach ihrer Eizellenspende im Jahr 2006 (<http://www.dradio.de/dlf/sendungen/wib/545060/>).

Prof. Wiesemann und EMMA übersehen, dass es sich bei dem Projekt „Kind durch Eizellenspende“ um einen lukrativen Markt mit den Körpersubstanzen in der Regel armer Frauen handelt, einem Markt, auf dem Kliniken und Zwischenhändler an der Notlage dieser Frauen und mit der Sehnsucht von in der Regel finanzkräftige(re)n Paaren nach einem eigenen Kind gutes Geld verdienen. Wenn spanische (oder osteuropäische oder asiatische) Frauen mit ihrem Körper Geld verdienen, hat dies im Allgemeinen sehr wenig mit Altruismus oder gar Frauensolidarität zu tun, sondern sehr viel mit finanzieller und sozialer Not, Hoffnungslosigkeit und Ausbeutung.

Was für ein ausgefeilter Markt die Erzeugung von Kindern mittels einer Eizellspende ist, kann man sich über die Internetseiten einschlägiger Kliniken und Praxen vor Augen führen. Es ist ein Markt mit Sonderangeboten, unterschiedlicher Qualität der Waren, Geld-zurück-Garantie und Katalogen zur Auswahl der „Spenderinnen“.

Ein paar Beispiele:

- Eine Klinik in St Petersburg beispielsweise wirbt mit Komplettpakten mit frischen Eizellen für ca. 7.700 Euro, ein Versuch mit eingefrorenen Eizellen ist 2000 Euro billiger. Wenn man sich selbst eine Spenderin aussucht, dann kostet es mit frischen Eizellen 11.500 Euro komplett. (<http://www.avapeter.com/de/about/>).
- Eine tschechische Klinik lockt Kundinnen mit der Versicherung, dass ihre Spenderinnen junge Frauen zwischen 18 und max. 32 Jahren sind, alles Akademikerinnen oder Studentinnen und einer fast hundertprozentigen Übereinstimmung der Spenderin und der Empfängerin (<http://www.reprogenesis.de/>).
- Eine Klinik in der Ukraine namens BiotexCom bietet das volle Programm: Eizellspende, Samenspende, Leihmutterchaft. Aus einem Katalog von fast 200 Frauen kann man sich eine Eizellen“spenderin“ aussuchen <http://donors.mother-surrogate.info/>. Unter „Dienstleistungen“ kann man sich die Angebote (vom „Economy-Paket“ (ein Versuch) bis zum „Ideal-Paket“ (garantiert Kind auf dem Arm)) anschauen <http://leihmutterchaft.de/dienstleistungen/>. Als „Sonderangebot“ wird derzeit ein „Success- Paket“ präsentiert für 9.900 Euro mit „Erfolgsgarantie, unbegrenzter Anzahl der Versuche und mit Geld-zurück-Garantie bei Misserfolg“ und dies alles neben dem Foto eines properen Babys...
Was die jungen ukrainischen Frauen für ihre Eizellen“spenden“ erhalten, wird nicht verraten, auch nicht, was passiert, wenn sie z. B. eine Fehlgeburt erleiden.

Dieses Marktgeschehen müßte in einen Artikel über späte Mutterschaft einfließen, zumal in einer Zeitschrift, die sich kritischem Journalismus im Interesse von Frauen verpflichtet sieht. Noch viel mehr erwarte ich dies in einem Votum eines Mitglieds des Deutschen Ethikrats.

„Social freezing“ als Ausweg?

Prof. Wiesemann prognostiziert in dem oben erwähnten Interview in EMMA, in absehbarer Zeit seien Frauen nicht mehr auf die Eizellen von sog. Spenderinnen angewiesen, weil es dann technisch gesehen problemlos möglich sei, in jungen Jahren die eigenen Eizellen einzufrieren und bei späterem Kinderwunsch wieder aufzutauen und einzupflanzen.

In USA ist dies schon seit längerem im Angebotsspektrum der Reproduktionsmedizin. Ursprünglich entwickelt für Frauen mit einer Krebserkrankung vor der Chemotherapie wird dies zunehmend häufiger auch anderen Frauen als eine Art Fertilitätsversicherung und auch angeboten. Sie befreie vom Zeitdruck, zwischen 20 und 35 Ausbildung, Beruf, Partnerschaft und Kinderkriegen vereinbaren zu müssen, so das Versprechen.

Abgesehen von der geringen Erfolgsquote (Geburtenrate pro aufgetauter Eizelle ca. 8 Prozent), der körperlichen Belastung durch eine Schwangerschaft in höherem Alter und Fragen des Kindeswohls bei alten Eltern (siehe oben): Ist das ein erstrebenswertes Ziel? Ist wirklich alles, was möglich und machbar ist, auch wünschenswert und lebensdienlich? Ich würde viel lieber in einer Gesellschaft leben, in der es nicht „vernünftiger“ erscheint und systemgerechter, wenn Männer und Frauen ihren Wunsch mit Kindern zu leben, auf den Sankt Nimmerleinstag verschieben und dann mit Hilfe der Medizintechnik mühsam versuchen, ihren Kinderwunsch zu realisieren – oft genug ohne Erfolg.

Manche Reproduktionsmediziner sind recht nüchtern in ihrer Beurteilung dieses social freezing wie etwa Prof. Michael von Wolff, Leiter der Abteilung gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin der Uniklinik Bern. Er empfiehlt seinen Kollegen Zurückhaltung und keine aktive Werbung für diese Technik, aus medizinischen und ethischen Gründe (<http://www.kup.at/kup/pdf/11377.pdf>). Anders handhabt dies beispielsweise der Reproduktionsmediziner Dr. Jörg Pucha, Hormonzentrum München: Er preist es als eine Art persönliche Versicherung der eigenen Fortpflanzungsfähigkeit für spätere Jahre an, die er auch seinen vier Töchtern vorausschauend empfehlen werde (http://www.hormonzentrum.de/uploads/media/Kinderwunsch_DIE_ZEIT_screen.pdf).

Das Ganze ist nicht billig. Um auch wirklich Erfolg zu haben, sollten zwischen 30 und 50 Eier eingefroren werden, die in mindestens zwei Behandlungszyklen erzeugt werden müssen. Die Lagerung über möglicherweise viele Jahre kostet eine jährliche Gebühr, weitere Kosten entstehen dann bei der Einpflanzung. Prof. von Wolff nennt für die Berner Klinik einen Gesamtpreis von mindestens 20.000 Franken, um eine max. Geburtenrate von ca. 65% zu ermöglichen.

Interessant finde ich seine weitere Prognose: Er empfiehlt, dass gesunde Frauen frühestens ab Anfang 40 Jahren auf ihre Fertilitätsreserve zurückgreifen und vorher versuchen sollten und dies vermutlich auch tun werden, auf natürlichem Wege schwanger zu werden. „Dadurch ist es sehr unwahrscheinlich, dass eine angelegte Fertilitätsreserve überhaupt in Anspruch genommen wird“. Damit stellen sich mir zwei Fragen: Wer verdient an dieser letztlich überflüssigen kostenträchtigen Fertilitätsreserve und was passiert mit den vielen nicht genutzten tiefgefrorenen Eizellen?

Zum Weiterlesen:

Das „Netzwerk für fertilitätsprotektive Maßnahmen bei Chemo- und Strahlentherapie“ zum social freezing:

<http://www.fertiprotekt.de/index.php?PHPSESSID=6p3j24ntnko0i58v27id9ek3b5&lang=de&id=255>.

Einschlägige kritische Beiträge zum Handel mit Eizellen finden sich hier:

<http://www.bioskop-forum.de/bioskop-themen/leben-machen-und-sterben-lassen/reproduktionsmedizin.html>.

[Nach oben](#)

3. Die Bundesfamilienministerin will ungewollt kinderlose Paare unterstützen.

Das Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) hat letztes Jahr ein Maßnahmenpaket auf den Weg gebracht, das ungewollt kinderlose Paare umfassend unterstützen soll.

Dieses Paket sieht insgesamt 5 Maßnahmen vor:

1. Finanzielle Unterstützung der Paare
2. Stärkung der psychosozialen Beratung
3. Verbesserung der Rahmenbedingungen für Adoption
4. Aufklärung über Ursachen und Folgen der ungewollten Kinderlosigkeit
5. Entstigmatisierung ungewollter Kinderlosigkeit

In der Umsetzung dieses Pakets hat sich das Ministerium bislang vor allem auf Nr. 1 und 2 konzentriert.

Finanzielle Unterstützung ungewollt kinderloser Paare

Seit 2004 übernimmt die gesetzliche Krankenkasse nur noch 50 Prozent der Kosten der ersten drei reproduktionsmedizinischen Behandlungen (§ 27 a SGB V). Die restlichen Kosten haben die Paare selbst zu tragen. (Eine Kinderwunschbehandlung kostet je Zyklus etwa 3000 Euro. Da die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft pro Zyklus - abhängig vom Alter - nur bei etwa 30 Prozent liegt, werden meist mehrere Behandlungen durchgeführt, und auch dann gibt es keine Erfolgsgarantie).

Das Bundesfamilienministerium möchte die finanzielle Belastung der Paare mit Hilfe der Bundesländer verringern. Das Angebot lautet: Der Bund übernimmt *zusätzlich* zur Krankenkasse 25 Prozent der Kosten der ersten drei Behandlungszyklen und 50 Prozent der Kosten eines vierten Versuchs (Richtlinie des BMFSFJ über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 1.4.2012). ABER: Dieser Bundeszuschuss wird nur dann gewährt, wenn

sich die Länder in mindestens gleicher Höhe wie der Bund an den Kosten der reproduktionsmedizinischen Maßnahmen beteiligen. *Niedersachsen* hat dies seit 1.1.2013 zugesagt, *Sachsen* beteiligt sich seit 1.7.2013 an dieser Bundesinitiative. In drei weiteren Bundesländern sind die Vorarbeiten auf der Arbeitsebene dafür abgeschlossen (*Sachsen-Anhalt, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern*).

Stärkung der psychosozialen Beratung und Begleitung

Der Bund hat im vorletzten Jahr eine Bestandsaufnahme zu den bereits bestehenden Beratungsangeboten durchführen lassen. Dr. Wischmann und Dr. Thorn/Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID) haben den Auftrag für diese Studie erhalten.

Das Ergebnis ihrer Recherche ist eine *Datenbank* zur Suche nach Beratungsstellen und nach Reproduktionszentren. Sie verzeichnet bundesweit (lediglich) *214 psychosoziale Beratungsstellen*. (Zum Vergleich: Es gibt rund 1100 Schwangerschaftsberatungsstellen in unterschiedlicher Trägerschaft). Wenn man die Adressen der Beratungsstellen aufruft, findet sich darunter eine bunte Mischung aus Adressen von Kinderwunschpraxen (!), niedergelassenen Therapeuten, Schwangerschaftsberatungsstellen einiger Träger, Spezialberatungsstellen und sehr wenige Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, wie sie beispielsweise Kirche und Diakonie vorhalten. Also ausgerechnet die psychologischen Beratungsstellen sind nicht systematisch erfasst, die flächendeckend als Regelstruktur schon immer Paare auch zu diesem Problem fachlich qualifiziert beraten haben.

Das Ministerium begründet das damit, dass nur die Beratungsstellen in die Datenbank aufgenommen werden sollten, die ein spezielles Leistungsangebot mit speziell dafür ausgebildeten Fachkräften haben. Ich finde das eine sehr kurzsichtige Argumentation, die faktisch den beratungsbedürftigen und –willigen Paaren den Zugang zu einem guten Teil der qualifizierten Beratungsangebote erschwert. Die Datenbank sowie *weitere Informationen* zum Thema und kostenloses Informationsmaterial finden Sie hier: <http://www.informationsportal-kinderwunsch.de/>.

Eine Anmerkung zum Thema Kinderwunschbehandlung:

Ich begrüße es, dass das Bundesfamilienministerium die Aufklärung über ungewollte Kinderlosigkeit unterstützt und Öffentlichkeitsarbeit gegen das mit Kinderlosigkeit immer noch verbundene Stigma finanziert. Ich wünschte mir jedoch, dass bei der Ankündigung zusätzlicher Finanzierung nicht die Erwartung verstärkt wird, die Medizintechnik könne in jedem Fall das Wunschkind garantieren, man müsse es nur oft genug probieren. Ich wünschte mir, dass auch die seelischen Belastungen, die die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung erst erzeugen, sehr viel stärker in den Blick kommen als dies bisher in der Diskussion um die Kosten der Fall ist. Ich wünschte mir, dass Paare auch frühzeitig darauf vorbereitet werden und frühzeitig ein Ausstiegsszenario in den Blick nehmen. Dafür brauchen sie auch Ärztinnen und Ärzte, die diese Erwartungen, alles sei machbar, gar nicht erst wecken, die nicht gegen ihre eigene Überzeugung Behandlungen durchführen und die kompetent genug sind, auch rechtzeitig den Abbruch der Behandlungen zu empfehlen. Und sie brauchen Ärztinnen und Ärzte, die wissen, dass eine psychologische Beratung ihren Patientinnen und Patienten nützt und die deshalb mit psychosozialen Beratungsstellen zusammenarbeiten,

Zum Weiterlesen: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/2.220/risiken-der-reproduktionsmedizin-ueberfordert-vom-kinderwunsch-1.1133974>.

[Nach oben](#)

4. Verschiedenes

- *Die AOK Baden-Württemberg* **weitert ihr Leistungsangebot bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen aus:**
Sie übernimmt für ihre Mitglieder seit 1. Juli bei den ersten drei Kinderwunschbehandlungen 75 statt bisher 50% der Kosten (der ersten drei Behandlungen). Die Leistungen können auch von lesbischen Paaren in Anspruch genommen, die in einer eingetragenen Lebenspartnerschaften leben. Die Altersbegrenzung für weibliche Patientinnen zur Kostenübernahme der künstlichen Befruchtung von derzeit 40 Jahren aufgehoben. Bei älteren Frauen muss ein Reproduktionsmediziner bestätigen, dass die Behandlung auch Aussicht auf Erfolg hat und weder für die Frau noch für das Kind besondere gesundheitliche Risiken zu erwarten sind.

Die Pressemeldung finden Sie hier: <http://aok-bw-presse.de/aktuelles-95.php?initToken=1&mode=detail&id=1486&from=index>.

Eine Anmerkung zur Aufhebung der Altersgrenze: Nach dem deutschen IVF-Register für 2011 liegt die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen mit 40 Jahren und älter durch eine Kinderwunschbehandlung schwanger werden, bei ungefähr 15 Prozent. Die Fehlgeburtsrate ist mit mindestens 30% sehr hoch. Die Chance auf die Geburt eines Kindes liegt bei Frauen ab 40 Jahren bei etwa 5-7%. Angesichts dieser Erfolgsraten wäre es aus meiner Sicht mindestens ebenso im Interesse ihrer Mitglieder, wenn die AOK parallel auch die Kosten einer psychologischen Beratung finanzieren würde. Das könnte die Verarbeitung des zu befürchtenden Misserfolgs unterstützen und einem psychischen Absturz der Paare vorbeugen oder ihn zumindest abmildern.

- In der **ZEIT** vom 11. Juli 2013/Nr. 29 beschäftigen sich *Martin Spiewak* und *Ulrich Bahn-*
sen unter dem Titel „*Fortpflanzung? Später!*“ mit den neuen Möglichkeiten der Fortpflan-
zungsmedizin (Seiten 31-33). Martin Spiewak hat eine Fülle von Material zu dem oben
erwähnten social freezing zusammengetragen. Ulrich Bahn- sen berichtet unter dem Titel
„*Seine erste Prüfung*“ über das erste vollsequenzierte Baby in England. Mit Liebe gemacht
und mit Wissenschaft ist auf seinem Strampler zu lesen...

[Nach oben](#)

3 Anlagen