



Reproduktives Reisen

Ländergrenzen überschreitende Kinderwunsch-Medizin

September 2016

Stiftung ProVita

info@provita-stiftung.de
www.provita-stiftung.de

Dr. Detlev Katzwinkel
Vorsitzender

Dr. Heike Fischer
Geschäftsführerin

Spendenkonto
Spar- und Kredit Bank Witten
Konto 16389700
BLZ 45260475
IBAN
DE15452604750016389700
BIC GENODEM1BFG

Zusammenfassung

Dank offener Grenzen in Europa genießen wir schon seit vielen Jahren große Freiheiten in der grenzüberschreitenden Lebensplanung. Durch diese Freiheiten können aber auch sinnvolle gesetzliche Regelungen eines Heimatlandes umgangen werden.

Das gilt in besonderem Maße auch für die Reproduktionsmedizin. Paare mit Kinderwunsch lassen nichts unversucht, um ihren Wunsch nach einem eigenen Kind doch noch Wirklichkeit werden zu lassen. Deshalb gibt es schon seit vielen Jahren einen bisher kaum wahrgenommenen, aber dennoch stetig wachsenden Tourismus von Paaren mit Kinderwunsch in die Länder, die eine flexiblere oder liberalere Gesetzgebung zur Reproduktionsmedizin bieten. Einer Studie zufolge entschieden sich 44% der deutschen Studienteilnehmer für eine in Deutschland verbotene Eizellspende und reisten deshalb vornehmlich nach Tschechien und Spanien.

Das Wunschkind, das heißt begehrte hochemotionale Produkt wird zum Objekt. Der ethische Schutz von ungeborenem Leben bleibt konsequenterweise mehr oder weniger auf der Strecke. Der Embryo wird zum Spielball von Wissenschaft, Medizin, Wirtschaft und Konsument. Der Schutz durch Gesetzgebung wird von keinem der Beteiligten mehr als limitierender Faktor bzw. korrigierende Grenze akzeptiert. Durch Umgehung der Grenzen, bleibt jeder Versuch Gefährdetes zu schützen letztendlich ohne Konsequenzen zum Scheitern verurteilt. Die Folge: Tödliche Gefahr für die, die in diesem Spiel den meisten Schutz benötigen – die Embryonen, also menschliches Leben von Anfang an.

Wir genießen als EU-Bürger dank offener Grenzen in Europa schon seit vielen Jahren große Freiheiten in der grenzüberschreitenden Lebensplanung. Das gilt für die Wohnortwahl, die Reisefreiheit und vieles andere mehr.

Neben vielen EU-einheitlichen Regelungen gibt es aber auch Bereiche, in denen die EU-Länder zu durchaus sehr voneinander verschiedenen gesetzlichen Regelungen kommen.

Die größere Freiheit innerhalb der EU-Grenzen führt in manchen Bereichen nun dazu, dass Regelungen eines Heimatlandes umgangen werden können, indem man im benachbarten europäischen Ausland günstigere, Bedingungen für die eigene Lebensplanung vorfindet.

Das gilt gerade auch für die Reproduktionsmedizin. Paare mit Kinderwunsch nehmen so manches auf sich und lassen nichts unversucht, was ihren Wunsch nach einem eigenen Kind doch noch Wirklichkeit werden lassen könnte. Deshalb gibt es schon seit

**DAS LEBEN
LIEGT UNS
AM HERZEN**

vielen Jahren einen Tourismus von Paaren mit Kinderwunsch in die Länder, die eine flexiblere oder liberalere Gesetzgebung zur Reproduktionsmedizin bieten.

Man könnte meinen, dieser Tourismus in Sachen Kinderwunsch sei eine Randerscheinung für einige wenige Paare, aber inzwischen ist das reproduktive Reisen ein wachsendes Phänomen. Es werden sogar seit ein paar Jahren schon Studien über Motivation und begleitende Umstände dieser Paare mit Kinderwunsch durchgeführt.

Welche Methoden verbergen sich hinter dem Begriff „Reproduktionsmedizin“?

Mit diesem Begriff sind alle medizinischen Verfahren gemeint, die zur Erfüllung des Kinderwunsches eines unfruchtbaren Paares geeignet sind.

Bis es zur Entstehung eines Embryos kommt, ist zunächst eine Hormonbehandlung der Frau nötig, um geeignete Eizellen zur Befruchtung zu gewinnen.

Die gewonnenen Eizellen werden bei allen reproduktionsmedizinischen Methoden extrakorporal (außerhalb des Mutterleibes) befruchtet. Das wird mit den Varianten der In-vitro-Fertilisation (IVF) erreicht. Die daraus entstehenden Embryonen entwickeln sich dann in einem Brutschrank bis zum 3 oder evtl. 5. Tag (Blastocysten-Stadium). Danach geht es darum, den Embryo mit verschiedenen Präimplantationstechniken auf eventuelle Auffälligkeiten hin zu untersuchen, um ihn dann der Mutter in die Gebärmutter einzusetzen in der Hoffnung, dass eine Schwangerschaft entsteht.

Diese Methoden werden häufig für Paare angewandt, die auch die genetischen Eltern sein wollen, bzw. können. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit einen Embryo mit Hilfe von Samenspende, Eizellspende oder beidem, zu erzeugen oder gleich eine Embryonenspende in Anspruch zu nehmen. [siehe Glossar]

Kinderwunsch

Der Kinderwunsch von Paaren ist umso größer, je länger ihr Leidensweg war. Es gibt viele Gründe für Kinderlosigkeit. Die häufigsten sind neben dem zunehmenden Alter der Frau bei einer Entscheidung für ein Kind, körperliche Hindernisse bei Mann oder Frau, die einer Schwangerschaft entgegenstehen. Und es gibt Paare bei denen eine genetische Vorbelastung besteht, die sie keinesfalls an die nächste Generation weitergeben möchten.

- Nicht alle heutzutage möglichen und beschriebenen Methoden sind in Deutschland zulässig.
- Nicht jede Methode ist in anderen Ländern zulässig.
- Einige Länder haben liberale oder flexible Regelungen ohne ethische Hürden zugelassen.

Und so kommt es dazu, dass Paare mit Kinderwunsch sich dort behandeln lassen, wo sie für sich die größte Chance zur Erfüllung ihres Wunsches sehen. In einem offenen Europa bedeutet das auch die freie Wahl des Arztes. In einer Richtlinie der EU aus dem Jahr 2008 [2] wird sogar die Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Versorgung in den europäischen Staaten gefordert.

Die Gefahr besteht, dass bei der Fokussierung auf den Kinderwunsch die Schutzbedürftigkeit des Wunschobjektes, des Embryos, in den Hintergrund gedrängt wird. Am Ende ist dann durch Umgehung der Grenzen jeder Versuch etwas Gefährdetes zu schützen ohne Konsequenzen zum Scheitern verurteilt.

Reproduktives Reisen

Dass es sich bei der Inanspruchnahme der Reproduktionsmedizin über Ländergrenzen hinweg nicht um Einzelfälle handelt, zeigt schon die Tatsache, dass es seit einigen Jahren vermehrt Studien zu diesem Thema gibt. Sie untersuchen die Motivation und Begleitumstände des Tourismus auf der Suche nach Kinderwunscherfüllung.

Eine umfassende Studie zu diesem Thema hat Francoise Shenfield [3] vorgelegt. Sie schreibt in der Zeitschrift Human Reproduction, die von der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE; siehe Glossar) herausgegeben wird.

Shenfield wertete 1230 Fragebögen von Betroffenen aus, die innerhalb eines Monats in 46 Reproduktionszentren in 6 europäischen Ländern ausgegeben wurden. Hochgerechnet auf ganz Europa würde das 24.000-30.000 Behandlungen pro Jahr bedeuten. [4]

14,4 % der Teilnehmer waren Deutsche. Auf die Frage nach dem Beweggrund für eine Behandlung im Ausland gaben etwa 80 % der deutschen Teilnehmer rechtliche Voraussetzungen, bzw. Hürden in Deutschland an. Etwa 7 % haben keine Möglichkeit der Behandlung, weil sie in lesbischen Lebensgemeinschaften leben, etwa 33 % haben höhere Erwartungen an die Behandlungsqualität im Ausland und etwa 43 % gehen ins Ausland nach vorherigem Misserfolg der Behandlung in Deutschland.

Die Kosten im In- und Ausland sind für eine Behandlung sehr hoch und nicht jede Krankenkasse übernimmt (anteilig) die Kosten. Durch den großen finanziellen Eigenanteil wird auch der Anspruch genährt, die beste Behandlung dafür zu bekommen.

Das derzeitige Optimum des reproduktionstechnisch Machbaren ist:

- (1) In einer ICSI wird das Spermium direkt in die Eizelle injiziert.
- (2) Der Embryo wird im Brutkasten unter ständiger Kamerakontrolle bis zum 3. Tag, möglichst aber bis zum 5. Tag (Blastocysten-Stadium) entwickelt.
- (3) Der Embryo wird dann noch mit den Methoden der Präimplantationsdiagnostik (PGD, PGS) einer genetischen Untersuchung unterzogen. [siehe Glossar]
- (4) Der 5 Tage alte Embryo wird schließlich in die Gebärmutter der Mutter eingebracht. Durch die Kameraüberwachung sollte die Qualität des ausgesuchten Embryos so gut sein, dass sehr gute Entwicklungschancen bestehen und deshalb nur ein Embryo übertragen werden muss (zur Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften).

Deutsche Betroffene gehen Shenfield zufolge zu 67 % nach Tschechien und zu jeweils etwa 11 % nach Belgien, Dänemark und Spanien. Die Besonderheit von Tschechien und Spanien liegt darin, dass im Ländervergleich dort die meisten Behandlungen mit

Eizellspenden durchgeführt werden und 44 % der Deutschen Studienteilnehmer dieses Angebot in Anspruch nehmen. Eizellspenden sind in Deutschland verboten.

Bei der eigenen Internetrecherche trifft man immer wieder auf Kinderwunschseiten oder Kinderwunschzentren aus ganz Deutschland. Einige dieser Seiten werben mit Kontakten zu ausländischen Kinderwunschzentren, andere wiederum sehen sich im (wirtschaftlichen) Rechtfertigungszwang, dass die Behandlungen, die im Ausland werbewirksam angepriesen werden, auch in Deutschland mit hohem Standard und vergleichbaren Ergebnissen durchgeführt werden können, bis auf wenige rechtlich nicht mögliche Ausnahmen.

Begleitende Maßnahmen und Forderungen an die Politik

Die bisher beschriebenen Fakten zu Behandlungsoptionen haben nicht nur rein sachlichen Charakter, vor allem nicht für die, die sich diesen Behandlungen unterziehen. Selbst wenn man bewusst diesen Weg geht, ist er doch auch mit vielen emotionalen, vielleicht überfordernden Entscheidungen verbunden.

Um der herausfordernden Situation einigermaßen gerecht zu werden, haben unterschiedliche Organisationen, die unterschiedliche Interessen haben, Leitlinien oder auch Forderungen aufgestellt.

Das **Bundesnetzwerk Kinderwunsch in Deutschland (BKID)** hat eine Leitlinie formuliert zur „psychosozialen Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“ [5]. Die daraus abgeleiteten Forderungen sind

- (1) die psychosoziale Beratung aller Beteiligten, auch evtl. dem Spender von Samen- oder Eizelle,
- (2) die Dokumentation aller Vorgänge, um dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft nachkommen zu können,
- (3) die Einrichtung von Langzeitstudien zu Eizell-, Samen- und Embryonenspende, sowie zur Leihmutterchaft,
- (4) eine öffentliche Diskussion zu diesen Themen.

Auch in dem Artikel der Task Force der **ESHRE** aus dem Jahr 2008 [6] wird die Verpflichtung des Arztes (auch des im Inland begleitenden und nachsorgenden Arztes) gegenüber den Patienten in Bezug auf Information und Beratung gesehen. Darüber hinaus verweist der Artikel auf die reproduktive Selbstbestimmung, solange die Sicherheit für die Schwangere und das Kind gewährleistet sind. Die EHSRE bewertet die Inanspruchnahme der Auslandsbehandlungen als zivilen Ungehorsam gegenüber dem Heimatland. Folge solch zivilen Ungehorsams solle eine Gesetzesänderung sein. Auch Shenfield [3] kommt zwei Jahre später zu diesem Schluss.

- Folge des reproduktiven Reisens solle eine Angleichung der Gesetzgebung in Europa sein, um allen Kinderwunschpaaren die Möglichkeit in ihrem Umfeld die reproduktiven Maßnahmen in Anspruch nehmen zu können, was in der herausfordernden Situation ein Gewinn für das Paare sei.

Die **Bundesärztekammer** sieht in ihren Richtlinien aus dem Jahr 2006, dass die Reproduktionsmedizin im Schnittpunkt von ärztlichem Berufsrecht, Familienrecht, Sozialrecht, Embryonenschutzgesetz und Strafrecht steht. Dabei ist zum einen die Selbstbestimmung von Paaren mit Kinderwunsch zu achten und der Gesundheitsschutz von Schwangerer und Kind zu gewährleisten.

- Daraus ergibt sich für die Bundesärztekammer die Forderung nach einem Fortpflanzungsgesetz und der Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen.

In dem Gutachten im Auftrag der **Friedrich-Ebert-Stiftung** „Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich“, ist ein Kapitel der ethischen Bewertung der Reproduktionsmedizin gewidmet. Dort wird u.a. auf das Problem der „überzähligen Embryonen“ hingewiesen und dem Leben von Anfang an unbedingte Würde zuerkannt, wobei aber nicht unbedingter Lebensschutz gewährt werden kann.

- Am Ende steht auch hier die Forderung nach einem Fortpflanzungsgesetz.

Fazit

Bei der Beschäftigung mit diesem Thema und der dazugehörigen Literaturrecherche, die sicher nur ein Ausschnitt sein kann, wird man mit so vielen Wünschen, Rechten, wirtschaftlichen Interessen und dem Trend wissenschaftlich Machbares auch Realität werden zu lassen konfrontiert, dass Fragen aufkommen:

- Wird genug Sorge getragen für die zukünftigen Eltern, die Spender und das Wohl des zukünftig geborenen Kindes?
- Muss nicht wirklich eine öffentliche Diskussion angestoßen werden mit dem Ziel den besten Schutz für das werdende Kind aufrecht zu erhalten?
- Muss zwingender Maßen eine Angleichung an das schwächere Recht anderer Staaten in Europa erfolgen?

Es geht letztlich um die Embryonen. Sie sind das Ziel aller Begehrlichkeiten zwischen den Paaren mit unbedingtem Wunsch nach einem gesunden, perfekten Kind und denen, die daran verdienen und glauben, es in der Hand zu haben, dieses hoch emotionale, hoch komplexe Produkt Embryo liefern zu können.

So werden die Embryonen selbst zum Spielball zwischen den verschiedenen Interessen gemacht. Sie werden damit zu einem Produkt, das von vielen Paaren mit Kinderwunsch nur in seiner perfekten Form akzeptiert wird und dem es schließlich droht, durch die Beteiligten der modernsten Reproduktionsmedizin zu einem wirtschaftlichen Faktor zu verkommen.

Embryonen, menschliches Leben ganz am Anfang, da wo es am verletzlichsten ist, da wo das Leben in diesem „Spiel“ den meisten Schutz benötigt, da wird es zur Ware.

Christliche Ethik nimmt ernst was Christus sagt: „Das, was ihr für einen der Geringsten getan habt, das habt ihr mir getan.“ (nach Matthäus 25,40)

Dr. Detlev Katzwinkel und Dr. Heike Fischer

Glossar

Einige Methoden der Reproduktionsmedizin:

- **IVF = In-vitro-Fertilisation**

Im Verlauf einer In-vitro-Fertilisation (IVF) werden der Frau Eizellen entnommen, dem Mann Spermazellen. Beides wird in Reagenzglas zusammengeführt.

→ In Deutschland erlaubt.

- **ICSI = intrazytoplasmatische Spermajektion**

Die ICSI ist eine spezielle Form der In-vitro-Fertilisation, bei der ein Spermium direkt in die Eizelle eingebracht wird. Dabei wird nach morphologischer Begutachtung auf die Qualität der Eizelle und des Spermiums geachtet.

→ In Deutschland erlaubt.

- **PID = Präimplantationsdiagnostik (allgemein)**

Dem in-vitro gezeugten und noch befindlichen Embryo wird im 8-Zell-Stadium eine Zelle entnommen, um sie auf Auffälligkeiten zu untersuchen.

→ Nur unter bestimmten Bedingungen in Deutschland erlaubt

- **PGD = genetische Präimplantationsdiagnostik**

Bei dieser speziellen Form der PID wollen die von einer genetisch bedingten Krankheit betroffene Eltern wissen, ob ihr Kind dieselbe Erbanlage trägt.

→ Nur unter bestimmten Bedingungen in Deutschland erlaubt

- **PGS = genetisches Präimplantationscreening**

Diese Methode wird als präventive Untersuchung für gesunden Eltern mit vergeblichen IVF-Versuchen angeboten, die eine Auffälligkeiten ausgeschlossen sehen wollen. Diese Untersuchung wird in der 10.-20. Schwangerschaftswoche durchgeführt.

→ Nur unter bestimmten Bedingungen in Deutschland erlaubt

- **Embryoscop**

Die Embryonen wachsen in einem Brutschrank heran. Bisher wurden sie zur morphologischen Begutachtung einmal am Tag aus dem Brutschrank herausgenommen, unter dem Mikroskop angesehen und zurück gestellt. Heute gibt es Brutschränke mit eingebauter Kamera, die alle 20 Minuten Aufnahmen von den Embryonen macht und man so die Entwicklung kontinuierlich überwachen kann. Die nach morphologischen Kriterien besten Embryonen, die das scheinbar größte Potential auf Weiterentwicklung haben, werden der Frau eingesetzt.

→ In Deutschland erlaubt.

- **Transplantation des Embryos erst im Blastocysten-Stadium (etwa 5. Tag)**

Die bisher gängige Praxis ist die Transplantation eines 2-3 Tage alten Embryos in die Gebärmutter. Gerade bei Frauen mit einem Alter ab 35 Jahren wird es problematischer, dass sich ein (ob natürlich oder in-vitro) entwickelter Embryo in die Gebärmutter einnistet (Nidation) und es damit zur Schwangerschaft kommt. Einige

Forscher sehen Vorteile darin, einen höher entwickelten Embryo, d.h. einen 5 Tage alten Embryo, der sich im sogenannten Blastocysten-Stadium befindet, in die Gebärmutter zu implantieren. Das bedeutet aber gleichzeitig einen höheren Embryonenverbrauch, denn auch wenn die Lebensbedingungen im Reagenzglas ständig verbessert werden, erreicht ein hoher Prozentsatz der Embryonen das Blastocysten-Stadium in-vitro gar nicht, weil es so lange in-vitro nicht lebensfähig ist.

- **Vitrifizierung**

Die Vitrifizierung ist eine verbesserte Form der Kryokonservierung, d.h., des Einfrierens von Vorkernstadien (mit Samen imprägnierte Eizelle vor Verschmelzung der Zellkerne) oder auch Eizellen (social freezing).

→ In Deutschland erlaubt.

- **Samenspende**

Bei der homologen Samenspende handelt es sich um die Samenspende des Partners der Mutter, bei der heterologen Samenspende handelt es sich um die Samenspende eines Dritten. Diese Samenspende kann anonym sein oder auch offen. Das Kind hat ein Recht auf Kenntnis der Herkunft. Inwieweit das gegen andere Interessen durchsetzbar ist, ist juristisch immer wieder strittig.

→ In Deutschland erlaubt.

- **Eizellspende**

Für die Eizellspende einer Frau für ein unfruchtbares Paar gilt das gleiche wie für die heterologe Samenspende. Es gibt die anonyme oder offene Spende und auch hier muss die Dokumentation so lückenlos geführt werden, dass dem Recht des Kindes auf Kenntnis der Herkunft Rechnung getragen werden kann.

→ In Deutschland nicht erlaubt.

- **Embryonenspende**

Zur Embryonenspende werden häufig sogenannte „überzählige Embryonen“ von ihren genetischen Eltern freigegeben. In Deutschland werden durch die Anwendung des „Deutschen Mittelweges“ nicht nur gleichzeitig drei Embryonen für einen Zyklus zur Transplantation entwickelt, sondern man entwickelt mehr Embryonen und entscheidet sich für die drei Embryonen, die das größte Entwicklungspotential zeigen. Die schlechter entwickelten Embryonen sterben manchmal von selbst ab, oder sie werden für einen potentiell nächsten Zyklus kryokonserviert. Nicht alle genetischen Eltern wollen nach erfolgreicher Behandlung und Schwangerschaft diese Embryonen zur weiteren Familienplanung nutzen. So entstehen „überzählige Embryonen“. Die genetischen Eltern haben die Entscheidung über deren Weiterverwendung. Laut einer belgischen Reproduktionsklinik [1] entscheiden sich 20% der genetischen Eltern für eine Embryonenspende, 20% werden verworfen und 60% der Forschung zur Verfügung gestellt.

→ Wird in Deutschland durchgeführt. Eine breite Diskussion und gesetzliche Regelung dazu wird in einer Stellungnahme des Deutschen Ethikrates gefordert.

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)

Multidisziplinäre Gesellschaft von Fachleuten aus Europa, die sich 1984 gegründet hat und eine jährliche Fachtagung ausrichtet. Sie gibt drei Zeitschriften heraus, die aktuelle Berichte zu Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin enthalten.

Die Zeitschriften: Human Reproduction, Human Reproduction Update, Molecular Human Reproduction

Literatur:

- [1] Lisa Nienhaus, FAZ 16.11.2010
- [2] Commission of the European Community 2008
- [3] Françoise Shenfield et al., Human Reproduction, Vol.25, No.6 pp. 1361–1368, 2010
- [4] Najib Nassar, Thomas Katzorke; Gynakol Geburtsmed Gynakol Endokrinol 2011; 7(3): 184–197
- [5] P. Thorn, T. Wischmann, Leitlinien des BKiD „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“; Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie; 2010; 7 (5): 394–402.
- [6] G. Pennings et al.; Human Reproduction Vol.23, No.10 pp. 2182–2184, 2008
- [7] Bundesärztekammer; Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion, Deutsches Ärzteblatt; Jahrgang. 103 Heft 20, 19. Mai 2006
- [8] K. Diederich et al.; Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich; ISBN 978-3-89892-939-4; www.fes.de/biotech/