

Kinderwunschbehandlung

Warum deutsche Paare ins Ausland fahren

THOMAS KATZORKE, MONIKA USZKOREIT



© Yuri Arcurs / shutterstock.com

Die Kosten für reproduktionsmedizinische Behandlungen in Deutschland liegen zunehmend bei den betroffenen Paaren. Daher gehen deutsche Paare für ihre Kinderwunschbehandlung häufig ins Ausland, das mit preiswerten Angeboten lockt. Aber auch gesetzliche Einschränkungen oder nicht erfüllte persönliche Voraussetzungen spielen bei der Entscheidung fürs Ausland eine Rolle.

Die drastischen Einschränkungen der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen von Kinderwunschbehandlungen, die durch das Gesundheitssystem-modernisierungsgesetz (GMG) in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) eingeführt worden sind, haben seit dem 1.1.2004 zu einem starken Rückgang von regional bis über 50% der Behandlungen in Deutschland geführt.

Die gesetzlichen Krankenkassen beteiligen sich an der Finanzierung einer Kinderwunschbehandlung nur noch, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- weibliches Alter 25 bis 40 Jahre
- männliches Alter 25 bis 50 Jahre
- die Paare müssen verheiratet sein
- Behandlung erfolgt im so genannten homologen System, das heißt Ei- und Samenzellen müssen von dem zu behandelnden Paar stammen

Als Folge des GMG haben die nach den oben genannten Vorgaben berechtigten Patientenpaare eine 50%ige Eigenbeteiligung an den gesamten Kosten zu tragen. Daraus ergeben sich je nach Behandlungsform für diese Paare pro Zyklus bis zu 1.500 Euro und mehr. Anbieter aus den europäischen Ländern locken nun

seit Einführung des Gesetzes mit Billigangeboten und hohen Erfolgsaussichten.

Das seit 1991 geltende Gesetz zum Schutz von Embryonen (ESchG) hindert Kinderwunschaare hierzulande in der Tat an der Teilnahme an einigen medizinisch sinnvollen Möglichkeiten des wissenschaftlichen Fortschritts. Dennoch gibt es für die Kinderwunschbehandlung im Ausland nur zwei stichhaltige Gründe: die Notwendigkeit einer Eizellspende oder die Leihmutterchaft (eine Möglichkeit, von der wir uns explizit distanzieren).

Sicherlich trägt die statistisch eindeutige zeitliche Verschiebung der Erfüllung des Kinderwunschs bei den Frauen zu dem Trend bei, hierzulande nach dem ESchG strafrechtlich nicht erlaubte, aber gegebenenfalls durchaus sinnvolle und Erfolg versprechende medizinische Behandlungsmöglichkeiten im europäischen Ausland in Anspruch zu nehmen. Alle anderen Angebote und Argumente aber greifen bei sachlicher Betrachtung nicht und zeugen allenfalls vom guten Marketing der ausländischen Kliniken. Unter den deutschen Patienten existiert häufig jedoch die Meinung: „Wenn schon so

viel selbst bezahlt werden muss, dann will ich aber auch die bestmögliche Behandlung haben“ zum Beispiel ICSI mit Blastozystentransfer und genetischem Check – das vermeintliche Optimum der zurzeit existierenden Behandlungsmöglichkeiten.

Mit dem Blastozystentransfer und der gezielten Untersuchung der Spermienmorphologie (IMSI) wird aggressiv besonders aus Österreich und Tschechien geworben. Eine Überprüfung der im Einzelnen angebotenen Methoden lässt aber keinen Vorteil und keine erhöhte Erfolgsaussicht erkennen.

Nicht nur bei den Methoden wird mit unläuterer Mitteln geworben, sondern auch bei den Kosten. Die Kosten einer Kinderwunschbehandlung mit Eizellspende in Tschechien und Polen liegen zwischen 12.000 Euro und 15.000 Euro, wobei in der Regel ein „Paket“ angeboten wird, das auch das Einfrieren und den Kryotransfer von verbleibenden Embryonen umfasst.

Zusätzliche unterstützende Präparate, teilweise aus eigener Produktion und im eigenen Vertrieb lassen aus solchen Lockvogelangeboten schnell teure Behand-

Fakten zur In-vitro-Fertilization (Auszug aus der Internetseite www.ivf-Europa.eu)

Embryonenkultur

Falsch

Die Blastozystenkultur (Kultur des Embryos bis zum Tag 5) ist in Deutschland verboten, aber im Ausland erlaubt.

→ Richtig

In Deutschland gibt es KEINE zeitliche Begrenzung der Dauer und Art der Blastozystenkultur. Eine Kultivierung bis zum Blastozystenstadium ist medizinisch aber bei weitem nicht in jedem Fall sinnvoll.

Falsch

Eine Kultur bis zum Blastozystenstadium erhöht nachweislich die Geburtenrate.

→ Richtig

Bislang konnte nicht nachgewiesen werden, dass die Kultur des Embryos bis zum Blastozystenstadium im Vergleich zur Übertragung der Embryonen an Tag 2 oder 3 die Geburtenrate erhöht. Zwar mag in speziellen Fällen eine verlängerte Kultur dabei helfen, das Entwicklungspotenzial der Embryonen besser einzuschätzen, aber diese längere Kultivierung außerhalb des Körpers birgt für den Embryo durchaus auch Gefahren. Sie sollte daher nur angewendet werden, wenn mehrere Embryonen zur Auswahl stehen.

Falsch

Die Embryoselektion senkt generell das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft.

→ Richtig

Die Auswahl eines Embryos nach morphologischen Kriterien mit dem Ziel, einen einzigen Embryo zu übertragen (SET = Single Embryo Transfer) eignet sich durchaus dazu, das Risiko der Mehrlingsschwangerschaft zu senken. In einigen Ländern wird der selektive SET bei jungen Frauen in den ersten Behandlungszyklen bevorzugt angewendet. Bis auf wenige Länder werden aber im Ausland zwei und mehr Embryonen nach Selektion übertragen. Dadurch steigt das Risiko der Mehrlingsschwangerschaft bei nur geringer Erhöhung der Schwangerschaftsrate pro Embryo-Transfer. Wir wissen heute und können belegen: Wenn genügend Eizellen gewonnen werden können und Ei- und Samenzelle gut interagieren, dann erhöht sich bei der Übertragung von drei Embryonen nicht etwa die Chance einer Schwangerschaft, aber das Risiko für Drillinge nimmt um mehr als das 20-fache zu!

Falsch

Es ist besser, einen überzähligen Embryo als eine Eizelle im Vorkernstadium einzufrieren, um diese im Rahmen einer späteren Behandlung verwenden zu können.

→ Richtig

Im Ausland werden bei der selektiven Blastozystenkultivierung überschüssige Embryonen verworfen oder können nur unter den für den Embryo wesentlich ungünstigeren Bedingungen eingefroren werden. In Deutschland lässt man diese nachteilige Situation gar nicht erst entstehen! Ei- und Samenzelle werden im nachweislich für die spätere Entwicklung weitaus vorteilhafteren Vorkernstadium (die Samenzelle ist in die Eizelle eingedrungen, aber die Kernverschmelzung hat noch nicht stattgefunden) eingefroren. Die kumulative Schwangerschaftsrate aus einer einzigen Stimulationsbehandlung unter Berücksichtigung der zuvor eingefrorenen Zellen im Vorkernstadium ist nämlich höher als bei zuvor eingefrorenen Embryonen.

Falsch

Die Beurteilung einer Eizelle im Vorkernstadium ist unnötig. Wichtiger ist die morphologische Beurteilung der Embryonen.

→ Richtig

Die Beurteilung der befruchteten Eizelle im Vorkernstadium ist aufwendiger als die Beurteilung des Embryos. Allerdings können bestimmte nachteilige Veränderungen (beispielsweise drei Vorkerne) nur in diesem kurzen Entwicklungszeitraum erkannt werden. In Deutschland werden grundsätzlich alle Zellen, ob im Vorkernstadium oder in späteren Stadien, beurteilt. Im Ausland wird häufig aufgrund des zusätzlichen Aufwands darauf verzichtet.

Falsch

In Deutschland ist das Einfrieren von Embryonen verboten.

→ Richtig

Auch in Deutschland dürfen Embryonen in bestimmten Situationen eingefroren werden.

Stand 27.7.2010





Kosten der Behandlung

Falsch

Eine Auslandsbehandlung ist generell billiger als in Deutschland

→ **Richtig**

Die Gesamtkosten einer Kinderwunschbehandlung sind in Deutschland im Gegenteil meist geringer als im benachbarten Ausland, denn in den Berechnungen tauchen z.B. die Nebenkosten der Behandlung (Anreise und Aufenthalt) oder eventuelle Vorbereitungs- und Folgekosten nicht auf. Wichtiger aber ist, dass der ideelle Preis für eine Behandlung im Ausland nicht in Euro gefasst werden kann. Will man denn wirklich ins Ausland reisen, um sich seinen Kinderwunsch zu erfüllen – so wie seinerzeit zur Abtreibung? Welchen Wert messen wir einer wohnortnahen und kulturell eingebetteten Behandlung zu? Ist sie wirklich so einfach messbar?

Falsch

Die deutschen Krankenkassen erstatten die Kosten einer Auslandsbehandlung

→ **Richtig**

Die Kosten einer Auslandsbehandlung dürfen nur dann von den deutschen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen erstattet werden, wenn die im Ausland durchgeführte Behandlung mit dem Embryonenschutzgesetz vereinbar ist. Die Kosten der Behandlung werden durch die Krankenkassen nur in dem Umfang übernommen, wie sie auch hierzulande anfallen würden.

IMSI

Falsch

Die intrazytoplasmatische morphologisch selektierte Spermieninjektion (IMSI) erhöht nachweisbar die Schwangerschaftsrate und ist in Deutschland nicht erlaubt.

→ **Richtig**

IMSI ist in Deutschland durchaus zulässig. Der bisher einzige Nachweis einer Wirksamkeit stammt aber aus den Arbeitsgruppen, die diese Methode kommerziell anbieten. Es gilt als wissenschaftlich belegt, dass die Morphologie eines Spermiums nicht den genetischen Informationsgehalt reflektiert.

Stand 27.7.2010

lungen werden, zu denen noch die Reisekosten hinzukommen – ganz zu schweigen von den enormen psychischen Belastungen. Eine Reise ins Ausland, um sich bei einem ohnehin hoch belastenden und stigmatisierenden Befund medizinisch betreuen zu lassen, trägt enorm zu einer stressfördernden Dysbalance bei. So erstaunt es nicht, dass wir schon jetzt zahlreiche Paare beobachten, die nach einer einmaligen Behandlung im Ausland reumütig zu den angeblich schlechteren Zentren in Deutschland zurückkehren und hier für einen Bruchteil der im Ausland ausgegebenen Behandlungskosten eine medizinisch solide Behandlung erfahren (vgl. auch Kasten; www.ivf-europa.eu).

Die Behandlungsergebnisse in Deutschland im internationalen Vergleich: Die jüngste EU-Statistik der European Society for Human Reproduction and Endocrinology (ESHRE), der Zusammenschluss der europäischen reproduktionsmedizinischen Gesellschaften, belegt für Deutschland eine Schwanger-

schaftsrate von 28,9% pro Transfer bei IVF-Zyklen (ICSI: 28,2%). Ein Vergleich der durchschnittlichen Schwangerschaftsraten ist zudem nur bedingt aussagefähig, wenn nicht gleichzeitig Aussagen zum Alter der behandelten Patienten getroffen werden. So kann eine Patientin, die jünger als 36 Jahre ist, zu 32% pro Behandlungszyklus damit rechnen schwanger zu werden, bei gut verlaufender Stimulation und normalem AMH-Wert und unter Ausnutzung der zusätzlichen Kryokonservierung sogar mit einer noch wesentlich höheren Erfolgswahrscheinlichkeit.

Hierzu liefert das Deutsche IVF-Register (www.deutsches-ivf-register.de) seit Jahren verlässliche Daten, um die uns das Ausland beneidet, da sie prospektiv erhoben werden und damit für größtmögliche Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit stehen.

Behandlungsmisserfolge bei deutschen Patienten im Ausland bleiben weitgehend undokumentiert, wenngleich Fälle von

auswärtigen Überstimulationen durchaus in der Heimat im deutschen Zentrum „ausgebadet“ werden. Statistiken über Mehrlingsschwangerschaften, die im Ausland entstanden sind, existieren nicht.

Interessante Einblicke in die Motivation deutscher Patienten gibt eine aktuelle Studie der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) [Shenfield et al. Human Reproduction, Vol. 25, 1361–8, 2010], die auf den Internetseiten des Bundesverbands Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ) heruntergeladen werden kann (www.repromed.de). Viele deutsche Frauen lassen sich im europäischen Ausland gegen Fruchtbarkeitsstörungen behandeln, nur Italienerinnen machen von grenzüberschreitenden Angeboten noch häufiger Gebrauch. Zu den von deutschen Patienten bevorzugten Ländern gehören die Tschechische Republik, Dänemark und Spanien. Insgesamt, so die Autoren der Stu-

die, finden jährlich etwa 20.000–25.000 Eingriffe im Ausland statt. Die Autoren hatten einen Monat lang 1.230 Patienten an Kliniken in Belgien, der Tschechischen Republik, Dänemark, Slowenien, Spanien und der Schweiz befragt und wollten unter anderem wissen, welche Gründe für die grenzüberschreitenden Eingriffe eine Rolle spielen und welcher Behandlung sich die Patienten unterzogen.

Demnach versuchten vor allem Italienerinnen, Deutsche, Holländerinnen und Französinen, durch Eingriffe in ausländischen Einrichtungen schwanger zu werden. 14,4% der 1.230 Patienten kamen aus Deutschland. Ferner ergab die Studie, dass etwa 80% der deutschen Frauen ins Ausland gingen, um die gesetzlichen Einschränkungen zur Fruchtbarkeitsbehandlung in Deutschland zu umgehen. Über 63% versprachen sich zudem eine bessere Qualität der Behandlung als in Deutschland. Mehr als die Hälfte der deutschen Patientinnen war bei der Behandlung über 40 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der deutschen Frauen betrug 38,8±5 Jahre. Die Altersgruppen der deutschen Patienten, die sich im Ausland behandeln ließen, zeigten folgende Charakteristika: 21% waren jünger als 35 Jahre, 28% waren zwischen 35 und 39 Jahren, 40% waren älter als 40 Jahre, 10,8% waren älter als 45 Jahre. 72% der Paare waren verheiratet, 25,7% waren nicht verheiratet und 2,3% waren Single.

Als Hauptgründe für die Behandlung im Ausland wurden von den deutschen Paaren angegeben: 80,2% rechtliche Voraussetzungen, 6,8% keine Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland (wahrscheinlich lesbische Beziehungen), 32,8% bessere Behandlungsqualität, 43,5% vorheriges Versagen oder Misserfolg der bisherigen Fertilitätsbehandlung in Deutschland.

Als Behandlungsmethoden wurden von den deutschen Paaren angegeben: Maßnahmen der IVF/ICSI (ART) 90,5%, Insemination 10,3%.

Anlass für die Behandlungsmethoden waren bei 8,5% eine Präimplantationsdiagnostik, 10,2% eine Spendersamenbehandlung (wahrscheinlich lesbische Beziehung, da eine Spendersamenbehandlung bei heterosexuellen Paaren in Deutschland unproblematisch ist), 44,6% eine Eizellspende, 6,2% eine Em-

bryonenspende (die zwar in Deutschland durch das ESchG nicht ausgeschlossen ist, aber nicht praktiziert wird). 81,9% der deutschen Patienten gaben an, dass sie nicht mit einer Kostenerstattung durch die Krankenkassen rechnen. 8,5% meinten, dass die Kosten teilweise von den Krankenkassen ersetzt werden. 2,3% meinten, dass sogar die kompletten Behandlungskosten im Ausland übernommen werden. Bei 7,3% war die Bezahlung noch unklar. 81,7% der deutschen Patienten gaben an, große Unterstützung von ihren deutschen Ärzten zu bekommen, das heißt die Ärzte kooperierten bei der Vorbereitung von Behandlungsmaßnahmen im Ausland. Bei Informationsmöglichkeiten über Behandlungsmöglichkeiten im Ausland steht das Internet mit 65% an erster Stelle, 35,6% hatten die Informationen vom Arzt, 11,9% hatten Informationen über Freunde erhalten, 4% der Patienten waren in Patienten-Organisationen zusammengeschlossen.

Ausblick

Die aktuelle Studie der ESHRE beschreibt nur einen Zeitraum von einem Monat. Die Hochrechnung bezogen aufs Jahr ergibt für die untersuchten Länder 24.000 bis 30.000 Behandlungszyklen, die im Ausland durchgeführt werden. Für deutsche Patientinnen vermuten wir mehr als 1.000 Zyklen zur Eizellspende pro Jahr. Lesbische Paare gehen gehäuft zu Inseminationsbehandlungen nach Dänemark. Als Hauptgründe für diese Auslandsbehandlungen werden gesetzliche Restriktionen in Bezug auf die anzuwendenden medizinischen Techniken oder aber Patientencharakteristiken (Alter, sexuelle Orientierung oder Verheiratenstatus) angeführt.

Um den betroffenen Paaren den zusätzlich belastenden, auch finanziell belastenden Weg ins Ausland zu ersparen, ist eine europaweite Harmonisierung der gesetzlichen Bestimmungen unbedingt wünschenswert, könnte diese Harmonisierung auch zu einer Eindämmung der Auswüchse (spezielle Lockangebote mit Dumpingpreisen) führen.

Über die Qualität der Auslandsbehandlung kann nur spekuliert werden, da keine verlässlichen Daten aus Registern vorliegen, die in ihrer Erhebungs-

präzision dem Deutschen IVF-Register entsprechen. Die Statistiken der ausländischen Behandlungszentren werden im Nachhinein, retrospektiv und nicht prospektiv, erstellt und sind geschönt. Der deutsche Patient ist daher meist auf Internetinformationen angewiesen, deren Wahrheitsgehalt sich schlecht überprüfen lässt. Obwohl eine einheitliche europäische Gesetzgebung im Moment unwahrscheinlich erscheint, könnten Vorgaben der EU aus Brüssel (sh. Umsetzung der Richtlinie 2004/23/EG ins deutsche Gewebegesetz) sehr schnell die praktische Durchführung im Bereich der Fortpflanzungsmedizin verändern.

Eine Novellierung / Liberalisierung des Embryonenschutzgesetzes von 1991 erscheint dringend erforderlich, um deutschen Paaren im Inland und wohnortnah auch die Behandlungen mit hoher Qualität und Sicherheit zu ermöglichen, die der medizinische Fortschritt für eine älter werdende und letztlich sich auch nach unterschiedlichen Normen entwickelnden Gesellschaft bereit hält. Die noch nicht rechtskräftige Entscheidung des Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte zur Eizellspende (ECHR Case of S. H. and others vs. Austria (Application no. 57813/00)) und die Entscheidung des Bundesgerichtshofs zur Präimplantationsdiagnostik (AZ 5 StR 386/09) zeigen, dass möglicherweise Bewegung in die Starre der letzten Jahrzehnte gekommen ist – nur die Richtung bleibt ungewiss!

Fazit

IVF- und ICSI-Behandlungen im Ausland sind in der Regel nur selten lohnend, lediglich die Eizellspende (da in Deutschland nach dem ESchG nicht zulässig) kann als Grund einer Auslandsbehandlung gelten. Eine Novellierung des Embryonenschutzgesetzes zumindest in diesem Punkt erscheint dringend notwendig.

Prof. Dr. med. Thomas Katzorke
NOVUM Essen
Akazienallee 8–12, 45127 Essen

Monika Uszkoreit, MA
Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ)
Torstr. 140, 10119 Berlin