

Ungleicher Zugang zur Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz

Vera R. Mitter^{a,c}, Regina Y. Widmer^{b,c}

^a PhD; ^b Dipl. Ärztin; ^c Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital, Universitätsspital und Universität Bern

Im Dezember 2020 sagte auch der Ständerat im Grundsatz ja zur «Ehe für alle». Damit wird neu auch der Zugang zur Samenspende für Frauenpaare* geregelt. Dies ist ein wichtiger Schritt zur Beseitigung des ungleichen Zugangs zur Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz, aber ist es genug? Weiterhin benachteiligt sind finanziell schwächer gestellte Paare, Alleinstehende, Männerpaare* und Transmenschen.

Unfruchtbarkeit

Gemäss der Definition der WHO gilt ein Paar als unfruchtbar, wenn innerhalb eines Jahres mit regelmässigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eintritt. Die WHO und die meisten Länder definieren Unfruchtbarkeit als Krankheit, da das normale biologische Funktionieren des Körpers eingeschränkt ist [1]. Zunehmend wichtig wird unerklärte Unfruchtbarkeit sowie die soziale Unfruchtbarkeit (z.B. bei gleichgeschlechtlichen Paaren). Ob Infertilität als Krankheit akzeptiert wird, sollte aus ethischer Perspektive aufgrund der schwerwiegenden psychi-

* Frauenpaare meint immer «juristische Frauenpaare», und Männerpaare meint immer «juristische Männerpaare».



In der Bundesverfassung gilt der Kinderwunsch als Grundbedürfnis.

schon und gesundheitlichen Konsequenzen der ungewollten Kinderlosigkeit evaluiert werden [2]. Frauen, die ungewollt kinderlos bleiben oder Fehlgeburten erlitten, leiden signifikant häufiger an schweren Depressionen, psychischen Erkrankungen und Stress [3, 4]. Kinderlosigkeit verkürzt die Lebenserwartung und erhöht die Sterblichkeit durch kardiovaskuläre Erkrankungen bei Frauen [5]. Schätzungen gehen davon aus, dass jedes fünfte bis siebte Paar den Kinderwunsch nicht erfüllen kann [6]. In der Schweiz wünschen sich junge Frauen beim Eintritt ins Reproduktionsalter im Durchschnitt 2,4 Kinder, nur 4% haben konsequent keinen Kinderwunsch. Wunsch und Realität liegen jedoch weit auseinander, da es am Ende der fruchtbaren Jahre nur 1,5 und bei Akademikerinnen sogar nur 1,2 Kinder sind. Die Gründe dieser scheinbar ungewollten Kinderlosigkeit sind in der Schweiz kaum erforscht, haben jedoch auch Einfluss auf die Bevölkerungsstruktur [7].

Rechtliche Einschätzung

In vielen internationalen Rechtsgrundlagen wird Kinderwunsch als Grundbedürfnis unter dem Gesichtspunkt der Persönlichkeitsentfaltung und des Privatlebens gesehen und die Fähigkeit, Kinder zu bekommen, als biologische Grundfunktion. Daher genießt der Kinderwunsch auch in der Schweizer Bundesverfassung entsprechenden rechtlichen Schutz (BV Art. 10, 13 und 14) [8, 9].

Dem gegenüber steht das Fortpflanzungsmedizinengesetz (FMedG), das 1998 in Kraft trat und seither etliche Revisionen erfuhr, zuletzt 2017. Zentral ist der Schutz des Missbrauchs von Menschen im Rahmen der Fortpflanzungsmedizin sowie der Schutz der Embryonen

und Keimzellen. Zusätzlich regelt das Gesetz das Recht des geborenen Kindes auf Information über dessen Herkunft. Der Zugang zur Fortpflanzungsmedizin ist gewährleistet für heterosexuelle Paare in einer stabilen Beziehung, die aufgrund ihres Alters für Pflege und Erziehung des Kindes sorgen können. Samenspende ist nur Ehepaaren erlaubt, Leihmutterchaft und Eizellspende sind verboten [9].

Es kann darüber diskutiert werden, ob und wie diese Gesetze zueinander in Konflikt stehen. Das Recht auf Familiengründung gilt nicht für alle Menschen gleichermaßen. Dies wurde schon 2013 von der Nationalen Ethikkommission (NEK) festgestellt. Sie empfahl, dass die assistierte Reproduktion zusätzlich auch gleichgeschlechtlichen Paaren, unverheirateten Paaren und Alleinstehenden ermöglicht werden sollte [10]. Auch ein Gutachten im Auftrag des BAG «Zugang zur Fortpflanzungsmedizin für alle?» kommt zum Schluss, dass, wenn der Ausschluss gewisser Personengruppen im FMedG beibehalten werden sollte, seitens des Staates gezeigt werden müsste, dass die als Hauptargument gebrachte Beeinträchtigung des Kindeswohls effektiv existent sei [11].

Die Fremdsamenspende ist in der Schweiz erlaubt, nicht aber die Eizellspende oder die Leihmutterchaft. Damit wird die biologische Mutterchaft höher gewichtet als die biologische Vaterschaft und schliesst gleichzeitig Frauen**, die keine Eizellen haben, von einer Mutterchaft und Männerpaare* von einer Elternschaft aus [8]. Die nun geplanten Änderungen im FMedG ermöglichen den Zugang zu medizinischer Samenspende im Inland für Frauenpaare*. Die Rechtsunsicherheit für Kinder, die nicht im Rahmen der Schweizer Gesetze, zum Beispiel durch soziale Samenspende oder im Ausland durch Leihmutterchaft, gezeugt wurden, bleibt bestehen. Diese Ungleichheiten stehen weiterhin in Konflikt zu den heutigen Lebensrealitäten unserer Gesellschaft [10–12]. Die NEK empfahl auch eine Legalisierung der Eizellspende, Embryonenspende und der Leihmutterchaft, letztere mit Vorbehalt [10]. Auch der Zugang zu fertilitätsprotektiven Massnahmen für Transmenschen ist zu evaluieren.

Finanzierung der Behandlung

In der Schweiz müssen medizinische Leistungen die Anforderungen an Wissenschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen, damit sie von der Grundversicherung übernommen werden. 1993 wurden die neuartigen Behandlungsmethoden als zu wenig wissenschaftlich eingeschätzt. Von der Krankenkasse werden nur die Kosten für die diagnostische Abklärung, drei Inseminationen sowie die hormonelle

Stimulation des Eisprungs während eines Jahres übernommen. Das FMedG regelt bis heute, dass die Kosten für die In-vitro-Fertilisation (IVF) oder die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) mit anschließendem Embryotransfer von den Paaren selber getragen werden müssen. Seither wurde dieser Sachverhalt durch Bundesgerichtsentscheide gestützt (z.B. BGE 125 V21 von 1999). Damit ist die Schweiz in Europa eines der wenigen Länder, in denen die künstliche Befruchtung auch im Jahr 2021 noch keine Pflichtleistung ist, trotz über 30-jähriger Anwendung [13].

Die Behandlungskosten betragen zwischen CHF 4000 und 9000 pro Zyklus. Üblich sind drei Behandlungszyklen für eine Schwangerschaft. Dieser finanzielle Druck verstärkt Ungleichheit und kann den Behandlungserfolg beeinflussen; Geldknappheit führt zu Stress und ungesundem Lebensstil; häufig wird der Behandlungsbeginn hinausgeschoben [14]. Durch die altersbedingte Abnahme der Fruchtbarkeit werden Erfolgchancen gemindert. Auch kulturelle und Sprachbarrieren können wichtige Gründe sein. Die komplizierten Behandlungen sind mit eingeschränkten Sprachkenntnissen schwierig zu verstehen, und die teuren Medikamente werden falsch angewendet. Kosten für Übersetzer werden in diesem Bereich von niemandem übernommen. Gerade für Personen mit Migrationshintergrund aus pronatalistischen Kulturen kann ein unerfüllter Kinderwunsch ein grosses Stigma sein [2]. In Europa zeigen Studien, dass die Erschwinglichkeit der Therapien eine wichtige Rolle spielt. In Ländern mit grosser finanzieller Unterstützung wird medizinisch unterstützte Fortpflanzung häufiger genutzt, und Risiken können besser kontrolliert werden [13].

Behandlung im Ausland als Konsequenz?

Um Kosten zu sparen oder Gesetze zu umgehen, gehen Schweizer Paare für die Behandlung ins Ausland. Fertilitätstourismus kann zu unlösbaren rechtlichen Situationen im Herkunftsland führen, zur Unterschätzung der Behandlungszahlen (keine Erfassung in nationalen IVF-Registern) und zu höheren Folgerisiken durch Risikoschwangerschaften. Im Ausland werden je nach Gesetzeslage riskantere Therapien angeboten. Häufig sind Alterslimiten flexibler, der Transfer mehrerer Embryonen ist üblicher oder invasivere Diagnostik erlaubt. Paare mit eingeschränkten finanziellen Mitteln befürworten auch in der Schweiz häufiger den Transfer von mehreren Embryonen. Mehrlingsschwangerschaften und Frühgeburten treten in der Folge häufiger auf. Das Risiko für Komplikationen bei Geburt und Schwangerschaft sowie mögliche lebenslange gesundheitliche Konsequenzen sind erhöht. Die Folgekosten

** Hier ist die Person, die schwanger wird, gemeint (unabhängig von der Geschlechtsidentität).

trägt die Allgemeinheit, und sie können wegen fehlender Zahlen nur schwer abgeschätzt werden [13, 15]. Zur Reduktion des Fertilitätstourismus wäre eine pragmatischere Haltung im Umgang mit Richtlinien und Gesetzen in der Fortpflanzungsmedizin notwendig [16]. Zudem besteht gemäss einer Interpellation von Irène Kälin zumindest der Verdacht, dass die Eizellspende trotz Verbots von ausländischen oder grenznahen Zentren in der Schweiz beworben wird [17].

Fertilitätsbehandlungen sind sehr aufwendig und vor allem für die Frau** belastend und zeitintensiv. Auch indirekte Kosten, wie für die Reise zu den Behandlungen oder die Möglichkeit, im Beruf freizunehmen, beeinflussen den Zugang zu Behandlungen. Frauen** in Berufen mit Schichtdienst und Anwesenheitspflicht haben grössere Schwierigkeiten. Trotz Übernahme der Leistungen bleiben in Norwegen Inanspruchnahme und Therapieerfolg abhängig vom sozioökonomischen Status [18]. In 60% aller Infertilitätsdiagnosen liegt der Grund beim Mann oder bei beiden. Trotzdem bleiben der Behandlungsaufwand und die Kosten der Behandlung zum grösseren Teil an der Frau** hängen. Die Frau** wird somit für ein häufig «gemeinsames Krankheitsbild» finanziell überproportional belastet.

Jedes Paar sollte Zugang zur Behandlung haben

Ein gerechter Zugang und eine geeignete Finanzierungsregelung der Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz könnten die mit Ausweichstrategien assoziierten Risiken und deren Folgekosten reduzieren. Zum Beispiel wird in Belgien nur der Transfer eines Embryos pro Zyklus vergütet, was die Risiken für Mehrlingsschwangerschaften reduziert [19]. Jedes Paar mit Kinderwunsch sollte Zugang zu adäquater Behandlung haben, unabhängig von seinen finanziellen und ökonomischen Möglichkeiten, seiner sexuellen Orientierung, der Geschlechtsidentität und unabhängig davon, welche Per-

son unfruchtbar ist. Die Kosten für die Behandlung sollten beiden Partnern zu gleichen Teilen verrechnet werden.

Bildnachweis

© Dragan Andrii | Dreamstime.com, Symbolbild

Literatur

- Zegers-Hochschild F, David Adamson G, Dyer S, Racowsky C, De Mouzon J, Sokol R, et al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care. *Hum Reprod.* 2017;32:1786–801. doi:10.1093/humrep/dex234.
- Maung HH. Is infertility a disease and does it matter? *Bioethics.* 2019;33:43–53. doi:10.1111/bioe.12495.
- Schwerdtfeger KL, Shreffler KM. Trauma of Pregnancy Loss and Infertility for Mothers and Involuntarily Childless Women in the Contemporary United States. *J Loss Trauma.* 2009;14(3):211–27. doi:10.1080/15325020802537486.
- Lechner L, Bolman C, van Dalen A. Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress. *Hum Reprod.* 2007;22:288–94. doi:10.1093/humrep/del327.
- Kravdal Ø, Tverdal A, Grundy E. The association between parity, CVD mortality and CVD risk factors among Norwegian women and men. *Eur J Public Health.* 2020. doi:10.1093/eurpub/ckz235
- Inhorn MC, Patrizio P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Hum Reprod Update.* 2015;21:411–26. doi:10.1093/humupd/dmv016.
- Burkimscher M, Zeman K. Childlessness in Switzerland and Austria. In: Kreyenfeld M, Konietzka D, editors. *Childlessness Eur. Context. Causes Consequences*, Springer International Publishing; 2017, 115–32.
- Kuhn M. *Recht auf Kinder?: der verfassungsrechtliche Schutz des Kinderwunschs.* 1st ed. Dike-Verlag; 2008.
- Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG, SR 810.11) und die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101).
- Nationale Ethikkommission. *Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung – Ethische Überlegungen und Vorschläge für die Zukunft.* Stellungnahme Nr. 22/2013.
- Seelmann K. Gutachten im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit über «Zugang zur Fortpflanzungsmedizin für alle?». 2018.
- Funciello T. *Frauen – ein Detail.* SonntagsZeitung. 2020;27.
- Berg Brigham K, Cadier B, Chevrel K. The diversity of regulation and public financing of IVF in Europe and its impact on utilization. *Hum Reprod.* 2013;28:666–75. doi:10.1093/humrep/des418
- Matthiesen SMS, Frederiksen Y, Ingerslev HJ, Zachariae R. Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): A meta-analysis. *Hum Reprod.* 2011;26:2763–76. doi:10.1093/humrep/der246
- Präg P, Mills MC. Assisted Reproductive Technology in Europe: Usage and Regulation in the Context of Cross-Border Reproductive Care. In: Kreyenfeld M, Konietzka D, editors. *Childlessness Eur. Context. Causes Consequences*, Springer International Publishing; 2017, 289–307.
- Van Beers BC. Is Europe «giving in to baby markets»? Reproductive tourism in Europe and the gradual erosion of existing legal limits to reproductive markets. *Med Law Rev.* 2014;23:103–34. doi:10.1093/medlaw/fwu103
- Kälin I. Interpellation zur «Eizellspende in Schweizer IVF-Zentren». 2018.
- Gois A, Häberg SE, Hanevik HI, Magnus MC, Kravdal Ø. The demographics of assisted reproductive technology births in a Nordic country. *Hum Reprod.* 2020;35:1441–50. doi:10.1093/humrep/deaa055
- Dunn AL, Stafinski T, Menon D. An international survey of assisted reproductive technologies (ARTs) policies and the effects of these policies on costs, utilization, and health outcomes. *Health Policy (New York).* 2014;116:238–63. doi:10.1016/J.HEALTHPOL.2014.03.006

Das Wichtigste in Kürze

- In vielen internationalen Rechtstexten wird der Kinderwunsch als elementares Grundbedürfnis deklariert.
- In der Schweiz haben nicht alle Menschen denselben Zugang zu fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen. Weiterhin benachteiligt sind finanziell schwächer gestellte Paare, Alleinstehende, Männerpaare* und Transmensch.
- Um Kosten zu sparen oder Gesetze zu umgehen, gehen Schweizerinnen und Schweizer für die Behandlung ins Ausland. Ausserhalb der Schweiz werden je nach Gesetzeslage riskantere Therapien angeboten. Die Autorinnen fordern daher einen gerechteren Zugang und eine geeignete Finanzierungsregelung zur Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz.

Vera Mitter
 Inselspital
 Friedbühlstrasse 19
 CH-3010 Bern
 Tel. 031 632 18 32
 vera.mitter[at]insel.ch