

8.2 Finanzierung der Kinderwunschbehandlung

Sozialrechtliche Regelungen

Die gesetzlichen Grundlagen dafür, ob und inwieweit eine Kinderwunschbehandlung über die Sozialsysteme oder die Versicherungsgemeinschaft getragen wird, sind international unterschiedlich und reichen von einer Vollfinanzierung bis hin zu keinerlei finanzieller Unterstützung. In Deutschland gilt für gesetzlich Versicherte:⁴¹³ Nur das verheiratete Paar⁴¹⁴ bekommt 50 % der Leistungen für Insemination mit Stimulation, IVF und ggfs. ICSI erstattet. Frauen unter 25 und über 40 Jahren sowie Männer unter 25 und über 50 Jahren haben grundsätzlich keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung, unabhängig von medizinischen Diagnosen und Erfolgsaussichten.⁴¹⁵

Bis 2003 wurden bei gesetzlich versicherten Ehepaaren vier Behandlungszyklen voll bezahlt, seitdem nur drei Zyklen zur Hälfte.⁴¹⁶ Das Bundesministerium für Fa-

milie, Senioren, Frauen und Jugend hat eine Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“ gestartet, welche den Bundesländern im Rahmen der „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion“⁴¹⁷ einen Bundeszuschuss gewährt, wenn diese ebenfalls die Kinderwunschbehandlung finanziell unterstützen. Bisher hat dies zur finanziellen Unterstützung für betroffene Paare in den Ländern Sachsen, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Brandenburg und Berlin geführt (Stand 4.3.2019).⁴¹⁸

Zudem ist es den Kassen nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011⁴¹⁹ möglich, von sich aus mehr als drei Versuche zu finanzieren und/oder den finanziellen Eigenanteil der Paare zu reduzieren. Mit Stand vom 16.3.2018 haben 56 gesetzliche Krankenkassen die Zuschüsse teilweise auf 100 % erhöht.

Privat Versicherte erhalten in der Regel Erstattung für fortpflanzungsmedizinische Behandlungen. Dabei gilt in erster Linie das „Verursacherprinzip“: Wenn bei einem der Partner die Hauptursache für die Sterilität diagnostiziert wird, so muss dessen Versicherung in der Regel die Behandlung für das (Ehe-)Paar übernehmen.

413 In der Vergangenheit gab es wiederholt politische Initiativen, die Finanzierungsmodalitäten zu reformieren.

414 Für gesetzlich versicherte Ehepaare in Deutschland sind die entsprechenden Regelungen im § 27a SGB V fixiert. Die Ausführungsbestimmungen hierzu sind in den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über Maßnahmen der künstlichen Befruchtung“ geregelt, vgl. Richtlinien über künstliche Befruchtung (2017).

415 Dabei zahlt die gesetzliche Krankenkasse grundsätzlich die Behandlungen am Körper der versicherten Person sowie die extrakorporalen Behandlungsmaßnahmen (BSG, Urteil v. 22.3.2005, Az. B 1 KR 11/03 R), unabhängig davon, wer „Verursacher“ ist.

416 Die Gesetzesänderung führte dazu, dass im Jahre 2003 vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung 80.434 IVF und ICSI-Punktionen in Deutschland durchgeführt wurden. Im Jahre 2004, nach der Gesetzesänderung, hatten sich die Zahlen halbiert (37.633). Deutsches IVF-Register (2018a). Es war zunächst versucht worden, über den Klageweg diese massive Einschränkung zu hinterfragen. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28.2.2007 (Az. 1 BvL 5/03) hält jedoch fest, dass der Gesetzgeber die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für künstliche Befruchtung auf Ehepaare beschränken darf. Es wurde dem Gesetzgeber aber freigestellt, eine Änderung herbeizuführen. Auch die Begrenzung auf 50 % der Zuzahlung ist rechtmäßig und verstößt nicht gegen das Grundgesetz (Urteil des Bundessozialgerichts 2007, Az. B 1 KR 6/07R). Weiter wurden die Altersgrenzen bei Gericht überprüft. Es wurde aber auch hier festgehalten, dass eine Bezahlung nur rechtens ist, wenn beide Ehepartner mindestens 25 Jahre alt sind (Urteil des LSG Rheinland-Pfalz 2006: Az. L 5 KR 240/06).

417 Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012).

418 Informationen zu den Voraussetzungen in den verschiedenen Bundesländern können unter www.informationsportal-kinderwunsch.de abgerufen werden. So beträgt beispielsweise in Berlin der Zuschuss seitens des Landes für einen zweiten oder dritten Versuch für das IVF-Verfahren jeweils 800 Euro und für das ICSI-Verfahren jeweils 900 Euro. Dieses gilt in Berlin für Ehepaare und bei heterosexuellen nicht-verheirateten Paaren.

419 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung („GKV-Versorgungsstrukturgesetz“) vom 22.12.2011, Bundesgesetzblatt (2011) 70, 2983–3022.

Finanzierung von Insemination und IVF/ICSI durch gesetzliche Krankenkassen

Wer erhält eine Finanzierung?

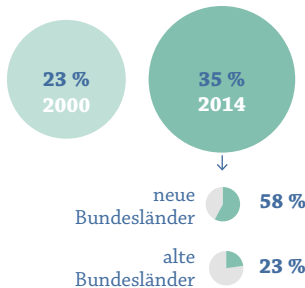


Beschränkung auf Ehe

In der Regel werden nur verheiratete Paare finanziell unterstützt.

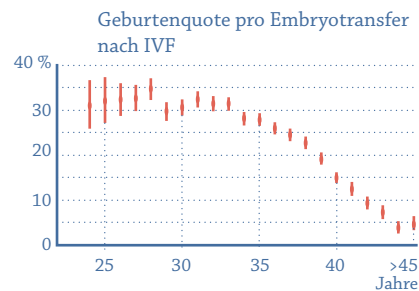
Diese Beschränkung entspricht nicht der gesellschaftlichen Realität: tendenziell werden in Deutschland immer mehr Kinder in nicht-ehelichen Partnerschaften geboren (siehe unten), vor allem in den neuen Bundesländern.

Nichteheilig geborene Kinder



Altersbeschränkung

Frauen unter 25 und über 40 Jahren sowie Männer unter 25 und über 50 Jahren haben keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung, unabhängig von individuellen medizinischen Diagnosen und Erfolgsaussichten.



Quelle: Deutsches IVF-Register (2018b)



Regionale Ungleichheit

In einigen Bundesländern gibt es Programme zur finanziellen Unterstützung von Kinderwunschbehandlungen, so in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Hessen, Brandenburg und Berlin. Dies führt zu einer regional bedingten Ungleichheit bei der finanziellen Unterstützung von Paaren mit Kinderwunsch.



Was wird finanziert?

50 %

Nur 50 % der Behandlungskosten werden übernommen

In der Regel wird nur die Hälfte der Kosten für die Behandlung übernommen.

Die Kosten pro Behandlung liegen oft im vierstelligen Bereich, wodurch finanzschwache Paare benachteiligt sind.



Nur drei Behandlungszyklen werden teilfinanziert

- unabhängig von der individuellen medizinischen Situation und den Erfolgsaussichten.

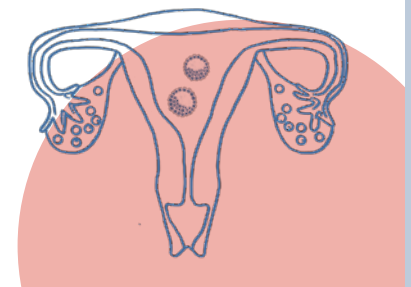
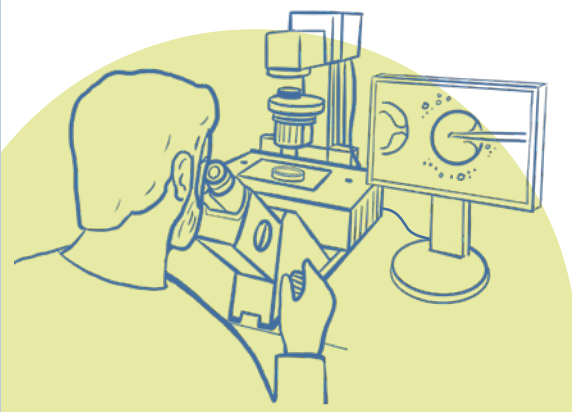


Kosten für die Konservierung werden nicht übernommen

Die Kostenübernahme für die Konservierung von Eizellen, Vorkernstadien und Embryonen ist im Rahmen der Kinderwunschbehandlung bislang nicht vorgesehen.

Entstehende Risiken

Wegen des Finanzierungsmodus werden in Deutschland häufig mehrere Embryonen pro Behandlungszyklus übertragen, (siehe auch Grafik eSET), um eine höhere Chance auf eine Geburt zu haben. Durch diese Entscheidung erhöht sich allerdings die Wahrscheinlichkeit für eine risikobehaftete Mehrlingsschwangerschaft.



Infertilitätsbehandlung und Krankheitsbegriff

Es ist umstritten, ob Infertilität als Krankheit im engeren Sinn zu verstehen ist. Die gesetzgeberische Einstufung der Kinderwunschbehandlung nicht als Behandlung einer Krankheit, sondern als eigenständiger Versicherungsfall im Leistungssystem der Krankenversicherung wurde vom Bundesverfassungsgericht nicht beanstandet.⁴²⁰ Am ehesten lässt sich dies für jene Personengruppen rechtfertigen, die aus Gründen des Lebensstils und der sexuellen Orientierung kinderlos bleiben müssten, wie etwa gleichgeschlechtliche Paare. Doch auch bei ihnen geht es zumindest um Gleichberechtigung im Hinblick auf die Ermöglichung eines Lebens mit Kindern. Diese Paare stellen in der Kinderwunschbehandlung allerdings eine Minderheit dar.

Mit Blick auf die wesentlich häufigeren Fälle, in denen der unerfüllte Kinderwunsch Folge einer organischen Funktionsstörung oder eines angeborenen Defekts ist, wird zur Begründung der Ablehnung des Krankheitswerts von Infertilität nicht selten darauf abgehoben, das Leid entstehe vorrangig durch den auf ein unmögliches Ziel ausgerichteten Wunsch der Frau bzw. des Paares und nicht durch die vorbestehende organische Störung. Dahinter verbirgt sich ein in der Frühphase der assistierten Reproduktion häufig verwendetes Argument,⁴²¹ Frauen, die solche Methoden in Anspruch nehmen, litten unter einem überwertigen und damit krankhaften Kinderwunsch. Empirisch gezeigt ist aber, dass Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch nicht häufiger als der Durchschnitt der Bevölkerung psychopathologische Störungen aufweisen.⁴²² Auch die sogenannte psychogene Sterilität ist ein extrem seltenes Phänomen. Tatsächlich ist – wie in Kapitel 2.3 gezeigt – die Mehrzahl der Formen von Infertilität auf organische Störungen zurückzuführen.

Zwar gibt es in der Medizin keinen einheitlichen und objektiven Krankheitsbegriff, und die Einstufung eines Befundes als krankhaft impliziert immer auch evaluative und präskriptive Urteile.⁴²³ Doch ist zumindest in Analogie zu anderen anerkannten Krankheitszuständen kaum zu begründen, warum etwa eine auf einer Mukoviszidose beruhende Unfähigkeit des Mannes, reife Spermien zu erzeugen, nicht als Krankheit eingestuft werden soll.⁴²⁴ Wenngleich in Betracht zu ziehen ist, dass freiwillige Kinderlosigkeit in unserer Gesellschaft akzeptiert ist, so stellt doch das Leben mit Kindern für sehr viele Menschen ein wesentliches Element gelingenden Lebens dar. Unfreiwillige Kinderlosigkeit kann Studien zufolge das Ausmaß einer existenziellen Krise mit Krankheitswert annehmen.⁴²⁵ Nicht zuletzt steht dazu im Kontrast, dass die assistierte Befruchtung im Steuerrecht und im Arbeitsrecht als Heilbehandlung eingestuft wird.

Selbst wenn man aufgrund des Aspekts des sozialen Leidens am unerfüllten Kinderwunsch eine Einstufung lediglich im Grenzbereich von Krankheit für angemessen hält, handelt es sich bei Infertilität aufgrund organischer Funktionsstörungen doch auf jeden Fall um eine „Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht“⁴²⁶, und damit um eine Behinderung, die ebenfalls ethische und rechtliche Pflichten zum Nachteilsausgleich mit sich bringt. Dem staatlichen Förderauftrag zugunsten von Menschen mit Behinderung kommt aus dem Blickwinkel des Verfassungsrechts eine besondere Bedeutung zu.⁴²⁷ Dieser

420 Vgl. BVerfGE 117, 316 (326 f.) sowie BVerfG, NJW 2009, 1733 (Nichtannahmebeschluss).

421 Vgl. Petersen (1985).

422 Vgl. Wischmann (2012).

423 Vgl. Wiesing (2004).

424 Zu Recht kritisch gegenüber der Begründung des mangelnden Krankheitswerts von Infertilität vgl. Huster (2012).

425 Vgl. dazu Rauprich et al. (2012).

426 BVerfGE 96, 288 (301) unter Übernahme des mittlerweile außer Kraft getretenen § 3 Abs. 1 S. 1 SchwbG.

427 Vgl. hierzu Sachs (2011), S. 1783 ff.

Förderauftrag sollte unter anderem dadurch erfüllt werden, dass faktische Barrieren beim Zugang zu reproduktionsmedizinischen Verfahren eingedämmt werden. Eine solche Barriere kann beispielsweise aus Finanzschwäche erwachsen. So kommen die Methoden der Fortpflanzungsmedizin für viele Betroffene faktisch nicht in Betracht, wenn die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht getragen werden.

Gleichzeitig gilt es, die Indikationsstellung im Bereich der Reproduktionsmedizin im Blick zu behalten und ggf. zu verbessern, um mögliche Fehlentwicklungen zu vermeiden. Gerade weil, wie in Kapitel 2.3 beschrieben, in nicht wenigen Fällen Infertilität im Laufe eines Lebens variabel und von vielen Faktoren abhängig sein kann, stellt dies besondere Anforderungen an die Indizierung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen. Hinzu kommt eine feststellbare Zunahme von ICSI-Behandlungen ohne männliche Subfertilität (siehe Kap. 6.2.1). Wie auch in anderen Bereichen der Medizin bedürfen solche Entwicklungen einer steten kritischen Überprüfung. Handlungsanleitend können insbesondere Richtlinien und Leitlinien sein, die den jeweiligen Stand des medizinischen Wissens angemessen widerspiegeln, wobei auch der Arzthaftungsrechtsprechung zu Aufklärungsfehlern eine bedeutsame Kontrollfunktion zukommt.

Ehestatus

In den ersten Jahrzehnten der bundesverfassungsgerichtlichen Judikatur dominierte die Vorstellung, die eheliche Kleinfamilie biete die besten Voraussetzungen für die gesunde körperliche und seelische Fortentwicklung eines Kindes.⁴²⁸ Davon löste sich das Gericht in den 1980er Jahren – mit der bislang einzigen und in der Literatur zu Recht kritisierten Ausnahme im Bereich der assistierten Reproduktion, indem es nämlich die Bestimmung des

§ 27a Abs. 1 Nr. 3 SGB V für verfassungsgemäß erklärte, der zufolge entsprechende Leistungen auf Ehepaare beschränkt sind.⁴²⁹ Familien mit Kindern, bei denen die Eltern zwar verpartnert, aber nicht miteinander verheiratet sind, sind mittlerweile gesellschaftlich akzeptiert, auch mit Blick auf das Kindeswohl.

Eine zunehmend große Gruppe von Paaren im reproduktiven Alter ist nicht miteinander verheiratet und hat daher keinen Anspruch auf Bezahlung. Ganz generell zeigt die Statistik bezüglich aller geborenen Kinder in Deutschland, dass der Anteil der Kinder, die außerhalb einer Ehe geboren werden, deutlich zunimmt. Während 1960 in der Bundesrepublik nur 7% der Kinder außerhalb einer Ehe geboren wurden, stieg der Anteil im Jahre 2000 auf 23% und schließlich im Jahre 2016 bereits auf 35%.⁴³⁰ Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern. Im Osten lag der Anteil der außerhalb einer Ehe geborenen Kinder im Jahre 2014 bei 58%, im Westen bei 29%.⁴³¹

Generell ist es problematisch, unverheirateten Paaren die finanziellen Leistungen der Krankenkassen vorzuhalten, wenn man berücksichtigt, dass sie in allen anderen gesundheitlichen Fragen gleichgestellt sind. Es ist zu vermuten, dass sich aufgrund des höheren Prozentsatzes unverheirateter Paare in den neuen Bundesländern eine zusätzliche Benachteiligung der dort lebenden kinderlosen Paare ergibt.

⁴²⁹ BVerfGE 117, 316 (328): „Der Gesetzgeber durfte auch in typisierender Betrachtung die Ehe wegen ihres besonderen rechtlichen Rahmens als eine Lebensbasis für ein Kind ansehen, die den Kindeswohlbelangen mehr Rechnung trägt als eine nichteheliche Partnerschaft“. Eingehende Kritik: Brosius-Gersdorf (2010), S. 468 ff.

⁴³⁰ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2007); Fiedler et al. (2018), S. 5.

⁴³¹ Vgl. Demografieportal des Bundes und der Länder (2016).

⁴²⁸ Vgl. BVerfGE 25, 167 (196); 76, 1 (51).

Altersbegrenzung

Bei Frauen unter 25 sowie über 40 Jahren werden Maßnahmen der assistierten Befruchtung aus Gründen der Altersbegrenzung nicht bezahlt. Auch wenn Frauen unter 25 Jahren grundsätzlich eine gute Fruchtbarkeit haben, gibt es einige junge Frauen, die kein Kind bekommen können, weil bei ihrem Partner ein erhebliches Fertilitätsproblem vorliegt oder bei der Frau selbst aufgrund früherer Operationen oder Infektionen die Methoden der assistierten Befruchtung angezeigt sind. Hier sollte eine Finanzierung in medizinisch begründeten Einzelfällen möglich sein.

Auch eine pauschale Altersgrenze bei Frauen von über 40 Jahren ist zu hinterfragen. Betrachtet man die Lebendgeburtenrate nach assistierter Befruchtung bei Frauen über 40 Jahren, so ergibt sich zwar eine verminderte Geburtenrate, diese rechtfertigt aber keinen generellen Ausschluss von der Finanzierung. In der zusammenfassenden Statistik für Deutschland (IVF) der Jahre 2012–2016 beträgt die Geburtenrate pro Embryotransfer bei 40-jährigen Frauen 15,0%, bei 41-jährigen Frauen immerhin noch 12,4% und bei 42-Jährigen 9,2%.⁴³²

Anzahl der Zyklen

Aus medizinischer Sicht gibt es keine Begründung für eine absolute Beschränkung der Anzahl der im GKV-System finanzierten Zyklen. Wesentlich ist vielmehr die kumulative Geburtenrate. Im Schnitt haben Paare eine Chance von 43% auf eine Lebendgeburt nach sechs vollständigen Behandlungszyklen. Diese Rate unterliegt je nach Alter der Frau und den vorliegenden Ursachen der Infertilität einer starken Schwankung. So hat beispielsweise eine 30-jährige Frau mit ungeklärter Kinderlosigkeit eine 46%ige Chance auf eine Lebendgeburt nach nur einer IVF- bzw. IVF/ICSI-Behandlung. Diese Chance auf

eine Lebendgeburt steigt auf 93% nach sechs Behandlungen. Eine 40-jährige Frau hat demgegenüber jedoch nur noch eine Chance von 11% auf eine Lebendgeburt im ersten Zyklus. Nach sechs Zyklen steigt diese Chance aber auf 41%.⁴³³

Aus diesen Zahlen lässt sich keine pauschale Aussage ableiten, wie viele Behandlungszyklen ein Paar medizinisch sinnvollerweise durchlaufen sollte. Diese Frage muss vielmehr im Anschluss an die genaue Analyse eines erfolglosen Behandlungszyklus im Arzt-Patienten-Gespräch und ggf. unter Einbeziehung externer psychosozialer Beratung des Paares individuell besprochen werden.

Eine Kryokonservierung von Vorkernstadien und Embryonen ist sinnvoll, um die Möglichkeit einer Schwangerschaft für die Patientin zu erhöhen und deren Belastung durch eine erneute Stimulation zu verhindern. Durch den Transfer jeweils nur eines Embryos bei gleichzeitiger Kryokonservierung der übrigen Vorkernstadien und/oder Embryonen lässt sich die Mehrlingsrate effektiv senken (siehe Kap. 6.2.2). Auch aus diesen Gründen ist eine Finanzierung der Kryokonservierung durch die Versicherungsgemeinschaft gerechtfertigt.

Fertilitätserhaltende Maßnahmen bei Krebserkrankungen und anderen schwerwiegenden Erkrankungen

Manche schwerwiegenden Erkrankungen, z. B. Krebserkrankungen, können selbst oder durch ihre Therapie (Operation, Chemotherapie) eine deutliche Minderung der Fertilität bei Frau und Mann zur Folge haben. Die Kryokonservierung von Spermazellen, Eizellen, Hodengewebe und Eierstockgewebe sind etablierte Verfahren im Rahmen einer Sterilitätsbehandlung und können daher in diesen Fällen angeboten werden.⁴³⁴ Diese Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion wer-

⁴³² Vgl. Deutsches IVF-Register (2018a).

⁴³³ Vgl. McLernon et al. (2016).

⁴³⁴ Vgl. <https://fertiprotekt.com/>

den derzeit nicht finanziert,⁴³⁵ obwohl ihre Erfolge gut dokumentiert sind⁴³⁶ und keine ethischen Argumente dagegen sprechen, den betroffenen Personen solche Verfahren anzubieten.⁴³⁷

Anders sieht es aus, wenn Eizellen allein deshalb kryokonserviert werden, um so die Verwirklichung des Kinderwunsches auf eine spätere Lebensphase verschieben zu können (Social Freezing). Die Gründe dafür sind vielfältig. Wenn Frauen auf dieses Angebot zurückgreifen, dann zu meist, weil es ihnen aktuell an einem geeigneten Partner fehlt, mit dem sie eine Familie gründen könnten.⁴³⁸

8.3 Empfehlungen

- Die zur Beurteilung und Sicherung von Qualität und Innovation erforderlichen Daten reproduktionsmedizinischer Behandlungen und ihrer langfristigen Folgen sollten umfassender als bisher und prospektiv bei einer geeigneten Stelle zentral erfasst, ausgewertet und bereitgestellt werden.
- Hierfür ist eine angemessene Finanzierung notwendig.
- Systematische medizinische und psychosoziale Langzeitforschungen sollten durchgeführt werden, vor allem auch mit Blick auf
 - die Gesundheit von Menschen, die mithilfe von Methoden der assistierten Reproduktion gezeugt wurden,
 - die Auswirkungen von Hormonstimulationen bei IVF-/ICSI-Behandlungen,
- die Entwicklung der Kinder und der Eltern-Kind-Beziehung bei verschiedenen Formen der Familienbildung mithilfe Dritter.
- Um der bestehenden sozialen Ungleichheit beim Zugang zu Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung entgegenzuwirken, sollten diese in vollem Umfang von der Versicherungsgemeinschaft finanziert werden, wenn sie medizinisch indiziert sind und eine realistische Aussicht auf Erfolg haben.
- Die Finanzierung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen sollte unabhängig vom Familienstand erfolgen.
- Männer und Frauen unter 25 sowie Frauen über 40 und Männer über 50 Jahren sollten nicht – wie bisher – generell von der Finanzierung von Maßnahmen der assistierten Befruchtung ausgeschlossen sein.
- Es liegen keine medizinischen Gründe vor, die Finanzierung grundsätzlich auf 3 Zyklen zu beschränken.
- Die Kryokonservierung von Gameten und Gewebe sollte finanziert werden, wenn sie wegen einer schwerwiegenden Erkrankung oder ihrer Therapie zum Erhalt der Fertilität notwendig ist.

⁴³⁵ Derzeit gibt es politische Initiativen, eine solche Fertilitätsprotektion durch die gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren.

⁴³⁶ Vgl. hierzu die aktuelle Leitlinie „Fertilitätserhalt bei onkologischen Erkrankungen“ (2017).

⁴³⁷ Vgl. Wiesemann & Bernstein (2017).

⁴³⁸ Vgl. Baldwin et al. (2015); Bernstein (2016).