

Beide Anträge sind aus meiner Sicht grundsätzlich zu unterstützen, da das Ausmaß des Leides der Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch weder abhängig ist vom Wohnort, noch davon, ob diese ledig, verpartnert, verheiratet oder alleinstehend sind.

Die in den Anträgen gemachten Aussagen zur emotionalen und finanziellen Belastung der von unerfülltem Kinderwunsch Betroffenen sind korrekt. Die finanzielle Belastung (50% Eigenanteil, Beschränkung auf 3 Behandlungen etc.) der gesetzlich versicherten Kinderwunschaare hat tatsächlich mit Inkrafttreten des GMG am 01.01.2004 zu einem Rückgang der in vitro Fertilisationsbehandlungen (IVF) und Behandlungen mittels intrazytoplasmatischer Spermiuminjektion (ICSI) in Deutschland um >54% geführt (S. 4, Abb. 1), wodurch nachweislich nach reproduktionsmedizinischer Behandlung im Jahr 2004 8377 Kinder weniger geboren wurden, als im Jahr 2003 (S. 4, Abb. 2). Die finanziellen Mehrbelastungen haben auch zu einem kontinuierlichen Anstieg des Alters der Hilfesuchenden geführt (S. 5, Abb. 3), wodurch wiederum die Erfolgsaussichten deutlich sinken (S. 5, Abb. 4), was zu einer weiteren Belastung der Kinderwunschpatientinnen und -patienten führt.

Der Antrag **19/1832** sieht vor, bestimmte Teile des bestehenden §27a SGB V dahingehend zu ändern, dass auch miteinander verpartnerte oder „miteinander in einer auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft lebende“ Personen Leistungen für reproduktionsmedizinische Behandlungen (Insemination, IVF, ICSI) in Anspruch nehmen können. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen.

Allerdings würden die Betroffenen weiterhin 50% der Behandlungskosten selber bezahlen müssen, die existierenden Altersbeschränkungen bleiben – ebenso wie die Beschränkung auf die Anzahl der Behandlungen – unverändert bestehen. Diese aber sind aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht unsinnig!

Weiterhin müssen die Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft „aus medizinischen Gründen“ erforderlich sein. In der Begründung unter B (Besonderer Teil, Absatz 1) wird präzisiert, dass „gesundheitliche Gründe der Herbeiführung einer Schwangerschaft auf natürlichem Wege entgegenstehen“ müssen. Außerdem sind Alleinstehende vom Erstattungsanspruch ausgenommen.

Der **Antrag 19/5548** sieht vor, die Kosten für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung in voller Höhe zu erstatten (II/1). Damit würden die im GMG beschlossenen Einschränkungen aufgehoben und es stünde zu erwarten, dass die Anzahl der geborenen Kinder deutlich steigen würde, wie aus der Auswertung Abb. 5 und Abb. 6 (S. 6) zum Einfluss der staatlichen Förderung ersichtlich ist. Weiterhin ist zu erwarten, dass der Anteil der Mehrlingsschwangerschaften mit den damit verbundenen Risiken für Mütter und Kinder abnehmen würde (S. 7). Damit ist dieser Vorschlag absolut zu begrüßen.

In II/3 wird gefordert, die bestehenden Altersgrenzen, sowie die Beschränkung auf eine fixe Anzahl von Behandlungen aufzuheben und stattdessen eine individuelle Regelung anhand der Erfolgsaussichten oder des Behandlungsrisikos einzuführen. Dies entspricht prinzipiell der gängigen Praxis bei privat krankenversicherten Menschen mit Kinderwunsch und ist sicher viel sinnvoller, als die bestehende Festmachung an einem beliebigen Kalenderdatum. Allerdings wird der Terminus „Behandlungsrisiko“ nicht erläutert und es medizinisch nicht klar, was damit ausgedrückt werden soll.

Auch die in II/1 und II/2 geforderte Öffnung der Kostenübernahme für die Verwendung von Spendersamen und die Behandlung von Menschen in nichtehelicher, lesbischer, sonstiger oder ohne Partnerschaft halte ich für sinnvoll. Aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht gibt es keinen Grund, die Fortpflanzung auf verheiratete Paare zu beschränken. Tatsächlich halte ich diese bestehende Beschränkung auch für „schlicht antiquiert“ und bevormundend.

Allerdings wird in II/2 gefordert, „diesen Erstattungsanspruch allen Menschen mit ungewollter, medizinisch begründeter Kinderlosigkeit“ zu eröffnen. Damit wird leider auch in diesem – ansonsten unterstützenswerten – Gesetzentwurf keine klare, belastbare und objektive Definition getroffen, sondern es wird wieder einmal den Reproduktionsmediziner/innen obliegen müssen, diese Entscheidung zu treffen. Darf ein verpartnertes lesbisches Paar nur dann zu Lasten der Solidargemeinschaft behandelt werden, wenn z.B. die Eileiter der Wunschmutter verschlossen sind? Oder reicht die medizinische Tatsache, dass eine Befruchtung ohne Spermien nicht möglich ist aus, um diesem Paar eine Behandlung zu Lasten der GKV zu ermöglichen?

So sehr auch zu begrüßen ist, Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch stärker finanziell unterstützen zu wollen, zeigen doch auch diese Gesetzentwürfe, dass ein weiterer fragmentarischer Ansatz eben nur das sein kann: ein Fragment.

In 19/1832 sind wesentliche Voraussetzungen („medizinische Gründe“, „miteinander in einer auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft lebend“) nicht klar definiert und es obliegt erneut den betreuenden Ärztinnen und Ärzten, in einer rechtlichen Grauzone Entscheidungen treffen zu müssen, die nicht medizinischer, sondern gesellschaftspolitischer Art sind und die der Gesetzgeber zu regeln hat.

In 19/5548 wird die „medizinisch begründete Kinderlosigkeit“ angeführt, damit wird auch in diesem Gesetzentwurf keine klare, belastbare und objektive Definition getroffen, sondern es wird wieder einmal den Reproduktionsmediziner/innen obliegen müssen, diese Entscheidung zu treffen.

Insofern schließe ich mich - über die grundsätzliche Befürwortung der Notwendigkeit einer stärkeren finanziellen Unterstützung von Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch hinaus - der Stellungnahme der Bundesärztekammer an, die den Gesetzgeber zum wiederholten Male auffordert, eine systematische Rechtsentwicklung für diesen Bereich einzuleiten und klare rechtliche Regelungen für die Reproduktionsmedizin zu schaffen.

Abschließend möchte ich zwei Denkanstöße geben:

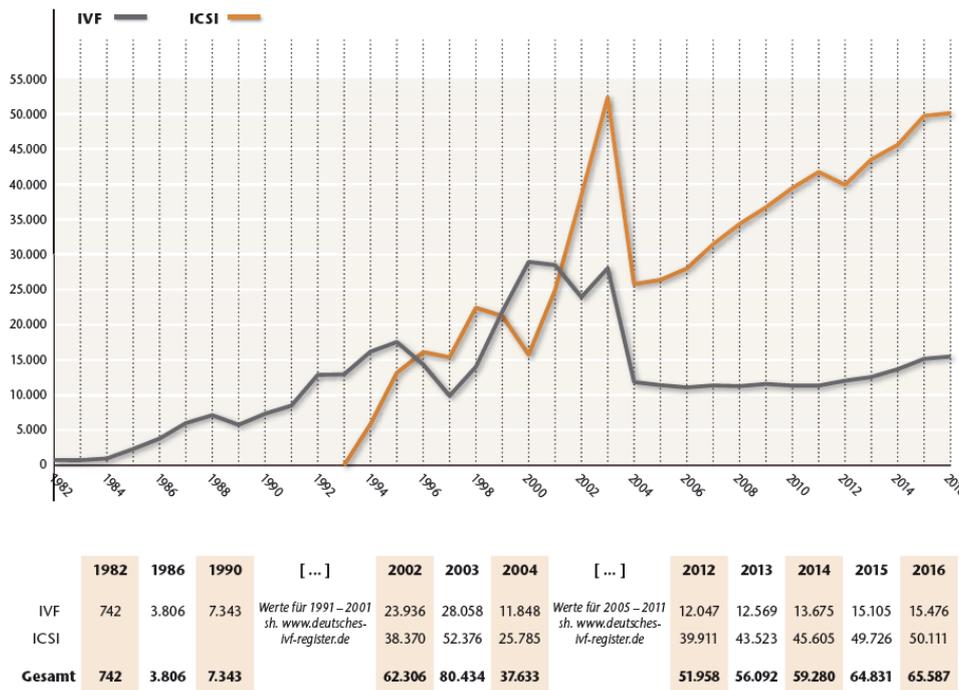
- Ich möchte anregen, in der Debatte und den Gesetzesentwürfen auch die Übernahme der Kosten für die Kryokonservierung im Rahmen von IVF- und ICSI- Behandlungen zu Lasten der Solidargemeinschaft aufzunehmen, da – wie unten ausgeführt – die finanzielle Belastung der Betroffenen weiter gesenkt würde und damit auch die falschen Anreize, sich mehrere Embryonen transferieren zu lassen, reduziert werden würden (Vgl. S. 7). Somit könnte die Anzahl der Mehrlingsschwangerschaften und die damit verbundenen Risiken gesenkt werden.
- Ich möchte anregen, bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen die Erstattung sämtlicher bei der Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik anfallenden Kosten (sowohl für die künstliche Befruchtung als auch für die genetische Untersuchung) durch die gesetzliche Krankenversicherung zu ermöglichen.

**Grundsätzliche Fakten:**

Die finanzielle Belastung (50% Eigenanteil, Beschränkung auf 3 Behandlungen etc.) der gesetzlich versicherten Kinderwunschpaare hat mit Inkrafttreten des GMG am 01.01.2004 zu einem Rückgang der in vitro Fertilisationsbehandlungen (IVF) und Behandlungen mittels intrazytoplasmatischer Spermiuminjektion (ICSI) in Deutschland um >54% geführt.

**Anzahl der Follikelpunktionen 1982–2016**

IVF, ICSI\* – prospektive und retrospektive Daten



*\*) Follikelpunktionen, die zu einer Eizellbehandlung mit IVF und/oder ICSI geführt haben.*

Abb. 1: Fallzahlen IVF und ICSI pro Jahr anhand des Deutschen IVF-Registers (D-I-R) Rückgang der Zahlen von 80.434 in 2003 auf 37.633 in 2004. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)21

Es lässt sich anhand der Daten des Deutschen IVF-Registers (D-I-R) klar belegen, dass die Zahl der nach Inkrafttreten des GMG am 01.01.2004 durch IVF oder ICSI geborenen Kinder in Deutschland im Jahr 2004 um 8.377 (=44,4%) im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen ist (Abb. 2).

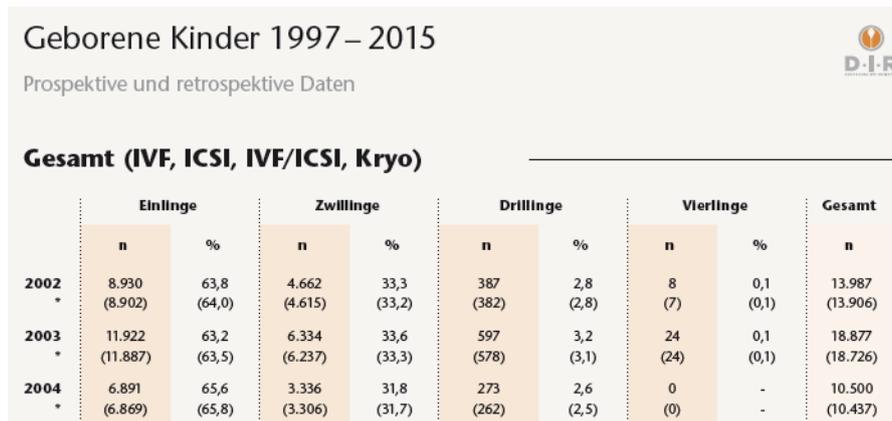


Abb. 2: Geborene Kinder nach IVF und ICSI pro Jahr anhand des D-I-R. Rückgang der geborenen Kinder von 18.877 in 2003 auf 10.500 in 2004. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)41

Ein weiterer negativer Effekt der Gesundheitsreform und der damit verbundenen Einschränkung der Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte ist der nachweisbare Anstieg des Alters der Patientinnen und Patienten bei Behandlung in einem Kinderwunschzentrum (Abb. 3).

### Mittleres Alter der Frauen und Männer 1997 – 2016

IVF, ICSI, IVF/ICSI – prospektive und retrospektive Daten

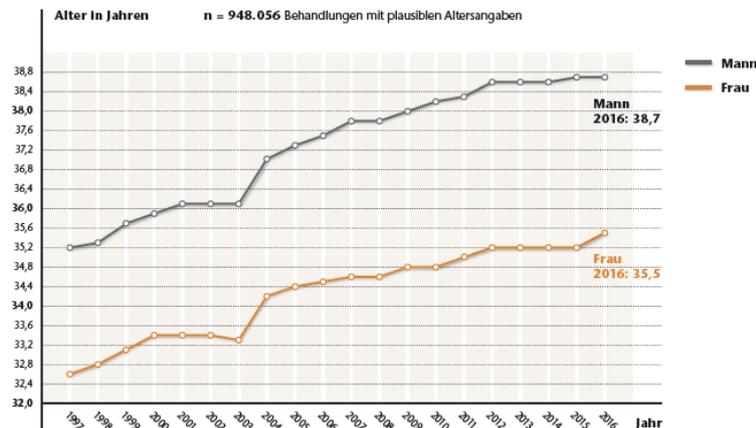


Abb. 3: Anstieg des durchschnittlichen Alters der Behandelten. Nach Inkrafttreten des GMG ist das Alter sprunghaft angestiegen. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)39

Dieser Altersanstieg wiederum hat unmittelbare negative Auswirkungen auf den möglichen Behandlungserfolg, da die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit nach reproduktionsmedizinischer Behandlung mit zunehmendem Alter der Frau dramatisch abnimmt (Abb. 4). Der negative Effekt des Alters der Frau ist hierbei sowohl auf die abnehmende Anzahl der Eizellen (Verminderung der ovariellen Reserve), als auch auf die Zunahme von genetischen Störungen während der meiotischen Reifeteilung der Eizellen zurückzuführen.

### Schwangerschaftsraten und Schwangerschaftsverläufe in Abhängigkeit vom Alter der Frau 2011 – 2015



Prospektive Daten

#### ICSI 2011 – 2015

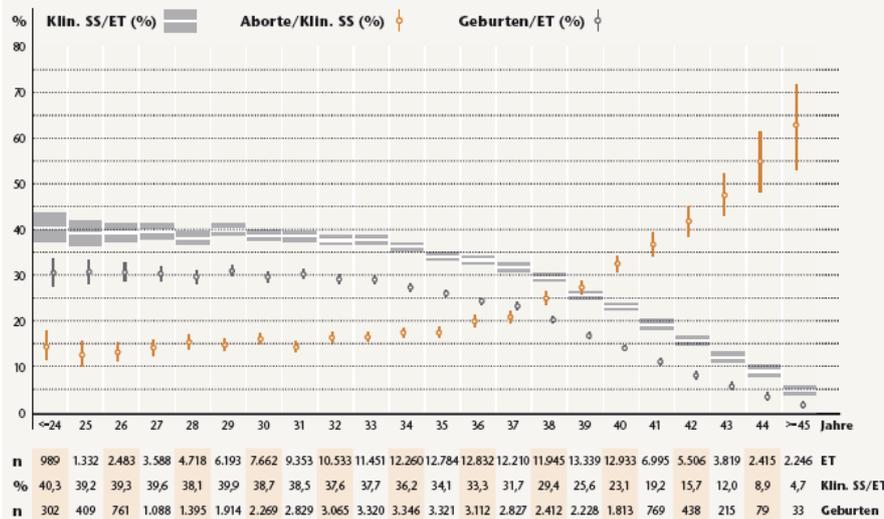


Abb. 4: Abnahme der Schwangerschaftswahrscheinlichkeit, Zunahme des Risikos einer Fehlgeburt und daraus resultierend Wahrscheinlichkeit einer Geburt abhängig vom Alter der Patientin. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)35

**Mehr Kinder durch Steigerung der Inanspruchnahme der Leistungen für künstliche Befruchtung:**

Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch sind häufig in einer emotional, finanziell, sozial und logistisch stark belastenden Situation. Der Wunsch nach einem Kind ist sehr intensiv und dominant. Hier wäre eine Finanzierung der Kinderwunschbehandlung aus öffentlichen Mitteln, um den Paaren zumindest die finanzielle Belastung zu nehmen, sicher eine echte Entlastung für die Betroffenen. Dies hätte, wie eine Auswertung der Behandlungsdaten des D-I-R zu den Auswirkungen der finanziellen Förderung auf die Anzahl der ART-Behandlungen gezeigt hat, auch einen deutlichen direkten Effekt auf die Anzahl der geborenen Kinder nach IVF und ICSI:

Am Beispiel der öffentlichen Förderung in Sachsen (2009 ff) und Sachsen-Anhalt (2010 ff) wird deutlich, dass die Unterstützung von Maßnahmen der extrakorporalen Befruchtung (ART) zum Ziel der Familienbildung einen deutlichen Einfluss auf die Anzahl der Behandlungszyklen nimmt und damit die Anzahl der geborenen Kinder mit ihrem impliziten gesamtgesellschaftlichen Nutzen gesteigert wird (Abb. 4).

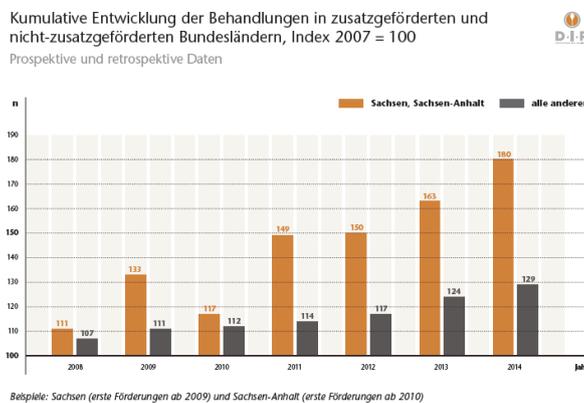


Abb. 5: Einfluss der Förderung auf die Steigerung der Behandlungszahlen. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2015: 12(6)40

Legt man die durchschnittliche Steigerungsrate von 30% seit 2007 in ganz Deutschland zugrunde, wären in Sachsen und Sachsen-Anhalt 1.301 Kinder in den Jahren 2008 bis 2013 weniger geboren worden. Die finanzielle Unterstützung zeigt also einen positiven Effekt und führt zu einer überproportionalen Steigerung der Behandlungszyklen und damit der Geburten. Eine weitere, aktuelle Auswertung konnte zeigen, dass durch die zusätzlichen Förderleistungen bereits 2.360 zusätzliche Kinder geboren wurden (Abb. 6).

**Analyse Anzahl geborener Kinder in Bundesländern mit zusätzlicher Förderung**

Prospektive und retrospektive Daten

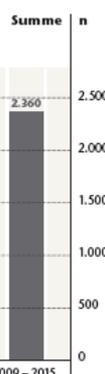
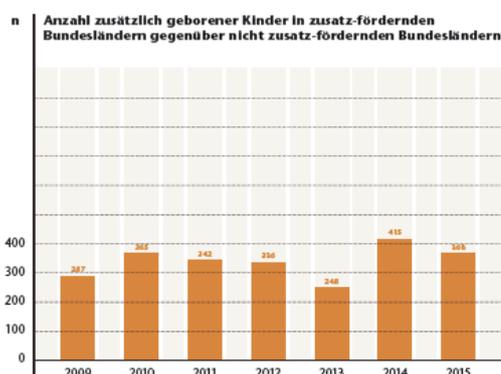


Abb. 6: Einfluss der Förderung auf die Steigerung der Anzahl geborener Kinder. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)14

**Weniger riskante Mehrlingsschwangerschaften durch Senkung der finanziellen Belastung und Finanzierung der Kryokonservierungsbehandlungen:**

Weiterhin wäre eine Finanzierung der Kryokonservierungsbehandlungen ebenfalls eine wichtige Unterstützung der Betroffenen, wodurch sich nicht nur die Anzahl geborener Kinder steigern ließe, sondern auch und vor Allem die Anzahl der transferierten Embryonen gesenkt werden könnte.

Mehrlingsschwangerschaften sind im Vergleich zu einer natürlich entstandenen Schwangerschaft (Häufigkeit hier ca. 1:85 Geburten) bei der künstlichen Befruchtung deutlich häufiger. Das Embryonenschutzgesetz (ESchG) schreibt vor, dass maximal 3 Embryonen pro Transfer in die Gebärmutter der Frau übertragen werden dürfen (§1(1)3 ESchG). Faktisch ist die Anzahl der übertragenen Embryonen in Deutschland auch seit vielen Jahren rückläufig, dennoch wird eine Mehrlingsschwangerschaft in vielen Fällen billigend in Kauf genommen, da die betroffenen Paare sich in den meisten Fällen dazu entscheiden, 2 Embryonen transferieren zu lassen. Dies führt dazu, dass immer noch ca. 22% der Geburten nach IVF oder ICSI in Deutschland Mehrlingsgeburten sind.

Viele Menschen können sich die zusätzlichen Kosten für die Kryokonservierung, Lagerung und Transfer überzähliger, befruchteter Eizellen nicht leisten. In diesen Fällen entscheiden sich die Betroffenen häufig, trotz eingehender Aufklärung über die mit einer möglichen Mehrlingsschwangerschaft einhergehenden Risiken für die Gesundheit der Kinder (Frühgeburtsrisiken, mit Frühgeburtlichkeit einhergehendes erhöhtes Erkrankungsrisiko) und der Mütter (vorzeitige Wehentätigkeit, Hospitalisierung, Risikoschwangerschaft) bewusst für den Transfer von zwei oder sogar drei Embryonen, um die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft zu erhöhen.

Dabei ließen sich beim Transfer jeweils nur eines Embryos und Kryokonservierung der überzähligen befruchteten Eizellen durch sukzessive Transfere einzelner Embryonen die gleiche Anzahl der aus einer Behandlung resultierenden Kinder erreichen, ohne ein erhöhtes Mehrlingsrisiko in Kauf nehmen zu müssen (J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)15-17; J Reproduktionsmed Endokrinol 2016: 13(6)41-44).