

## **Persönliche Stellungnahme zum von der FDP-Fraktion eingebrachten Antrag vom 30.1.18.**

### ***Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern - Reform der Richtlinie des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur assistierten Reproduktion***

In der täglichen Praxis begegne ich in meiner Kinderwunschsprechstunde jeden Tag Patienten mit durchaus sehr heterogenen Lebenssituationen und -geschichten. Für 90 % der Patienten ist die finanzielle Belastung ein Thema - sicherlich in unterschiedlicher Ausprägung - aber es ist ein Thema, welches belastet.

Vor diesem Hintergrund ist jede finanzielle Entlastung ein diskussionswürdiger Vorschlag, um den Betroffenen zumindest die finanzielle Belastung zu nehmen. Allerdings möchte ich hier nicht unerwähnt lassen, dass die Aussage unter Punkt 1 "Der Deutsche Bundestag stellt fest:" im 2 Absatz bzgl. der Kostenübernahme der PKV nicht korrekt ist. Bei Beamten, welche Beihilfeberechtigt sind, werden nur 50% der Kosten von der PKV übernommen. Von den verbleibenden 50 % übernimmt die Beihilfe wiederum 50 % - somit bleibt ein Eigenanteil von 25 % bei den Betroffenen als Eigenleistung - dies entspricht z.B. bei ICSI ca. 2000 - 3000 Euro pro Behandlung.

Eine weitere Eigenheit betrifft wiederum PKV-Versicherte, welche in einem gemischten Kassenverhältnis mit Ihrem Partner leben. Hierbei ist die bei Weitem ungünstigste und deprimierendste Form, wenn die Frau PKV versichert ist und keine Auffälligkeiten bietet und der Mann GKV und aufgrund eines eingeschränkten Spermogramms der Verursacher der Paarsterilität ist. In diesem Fall bezahlt weder die PKV (ihr Mitglied ist ja nicht Verursacher) noch die GKV (diese hat keine Möglichkeit Kosten für ein Nicht-Mitglied der GKV zu übernehmen). Hierbei werden lediglich die Kosten des GKV-Versicherten für die Blut- und Spermauntersuchungen zu 50 % übernommen. Höhe der Erstattung: ca. 50 Euro. Kosten der Behandlung für das Paar: ca. 8000 - 10000 Euro. Dieser Umstand erscheint mir in der hier angeregten Diskussion durchaus erwähnenswert!

Unstrittig dürfte sein, dass die Änderung der Finanzierung von einer Vollfinanzierung bis 2003 zu der aktuellen 50%-Finanzierung seit 2004, eine Reduktion der Behandlungen um 50 % ergab. Dies führt im europäischen Vergleich dazu, dass wir 2003 noch überdurchschnittlich viele Behandlungszyklen durchführten, jetzt allerdings unterdurchschnittliche Behandlungsfälle aufweisen.

In diesem Zusammenhang gibt es auch eine weitere besorgniserregende Entwicklung, welche die Abwanderung von ungewollt kinderlosen Paaren in Länder mit Dumpingpreisen für die künstliche Befruchtung bedingt. Hier werden Behandlungen billigst durchgeführt, ohne Beachtung von in Deutschland geltenden Standards und Regeln zur Durchführung der künstlichen Befruchtung. Dies ist hochgradig gefährlich für die Patientin - aber auch für das Kind. In Deutschland garantieren die IVF-Zentren einen hohen ethischen und medizinischen Standard, es wurde ein Gesetz zum Wohle des Kindes in Bezug auf sein Recht seine Abstammung zu kennen erlassen, aber dann werden Patienten aus finanziellen Gründen ins Ausland gedrängt und werden dort ohne die gebotenen medizinischen Standards und ethischen Normen behandelt. Ich kenne kein Paar, welches aufgrund einer besseren Behandlung in unser Nachbarland Tschechien reist, es ist immer nur das Geld.

Die Patienten, die zur Durchführung von in Deutschland nicht zugelassener Behandlungsoptionen ins Ausland gehen, bilden die Ausnahme und hierfür gibt es ja derzeit in Deutschland keine Alternative.

Im Rahmen der in meinen Augen dringend gebotenen Stärkung der psychosozialen Begleitung der Paare im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung, würde ich es für gerechtfertigt halten, eine Förderung an die Verpflichtung zur Beratung bei einer psychosozialen Beratungsstelle (z.B. donum vitae) zu koppeln. Es gibt gute wissenschaftliche

Daten zum Beratungsgespräch. Es gibt einen ausgearbeiteten Schulungsplan für die Beraterinnen zum Gespräch mit Kinderwunschpaaren - was fehlt ist schlicht der Anreiz für die Paare eine Beratungsstelle aufzusuchen. Die Daten, die in Zusammenarbeit mit dem ifb Bamberg, donum vitae und dem Kinderwunschzentrum Amberg im Rahmen vom Land Bayern geförderten Sarah-Projektes erhoben und ausgewertet wurden, zeigen auch den dringenden Bedarf an einer solchen Mitbetreuung, aber auch das große Problem des Erstkontaktes. Durch eine Verknüpfung der Förderung mit der Beratung, könnten hier Hürden überwunden und ein Erstkontakt hergestellt werden. Ein Erstkontakt unter sanftem Druck wäre in jedem Fall besser, als gar kein Kontakt. Ein Beratungsnachweis könnte in gleicher Weise erbracht werden, wie bei der Beratung vor einer Schwangerschaftsunterbrechung. Auch bei der Pflichtberatung bei geplanter Schwangerschaftsunterbrechung war zunächst Skepsis vorhanden, ob eine Verpflichtung zur Beratung nicht zu einer Ablehnung führen könnte. Aber diese Befürchtungen haben sich nachweislich als unbegründet erwiesen.

Beurteilung der Forderung an die Bundesregierung:  
zu Punkt 1)

- zu a) Die Finanzierung von vier Versuchen zur Kinderwunschbehandlung ist absolut zu Befürworten. Allerdings darf dies nicht nach dem hier vorgeschlagenen Wortlaut erfolgen. Im Antrag heisst es: ...für die **ersten** vier Versuche von Kinderwunschbehandlungen. Dies führt dazu, dass Paare die vor einer IVF/ICSI Therapie versuchen mittels Insemination schwanger zu werden benachteiligt werden. Inseminationen gehören zu den genehmigungspflichtigen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Die Kosten liegen hier, bei der nicht stimulierten Insemination nach 10.1, bei 220 - 300 Euro und bei der stimulierten Insemination nach 10.2 bei ca. 800 Euro. Dies ergäbe einen Zuschuss bei 10.1 von 55 - 75 Euro und bei 10.2 von 200 Euro. Eine weitere Förderung von evtl. nachfolgenden erforderlichen IVF/ICSI-Behandlungen würde dann entfallen oder nur noch für 1-2 Therapiezyklen gelten. Im Gegensatz zur Förderung der Inseminationen entspricht der 25 % Zuschuss zur IVF bzw. ICSI ca. 750 Euro. Diese klare finanzielle Benachteiligung bei Durchführung einer Insemination würde das Ende der Insemination im System bedeuten. Hierdurch bringt man aber die Patienten um eine wenig belastende Therapieform, die durchaus ihren Stellenwert in der Therapie der ungewollten Kinderlosigkeit hat. Immerhin kann damit eine Erfolgsquote von 13 % erreicht werden.

**Es muss unbedingt heißen: „Die Förderung wird für vier eingereichte Versuche von Kinderwunschbehandlungen gewährt. Für welche vier Versuche die Förderung beantragt wird, ist dem Geförderten überlassen.“**

Unabhängig hiervon ist es unverständlich, warum eine Bundesförderung in diesem Bereich von einer Landesförderung abhängt. Bei einer Mitfinanzierung von vier Versuchen durch den Bund, sollte allerdings auch in Bezug auf die GKV eine Anhebung der zu finanzierenden Zyklen auf vier angehoben werden.

- zu b) Für mich werden hier gesellschaftspolitische Diskussionen verfrüht als entschieden bewertet. Es ist für mich nicht klar, ob die Gesellschaft sich tatsächlich vom traditionellen Familienbild abwenden will oder nicht. Ich glaube vielmehr, dass sich der Gesellschaftsstandard bzgl. Familie immer noch auf die Ehe bezieht. Innerhalb unserer Gesellschaft bildet die Ehe weiterhin die

Grundlage der Familie. Somit kann sich in meinen Augen eine Finanzierung durch den Bund nur innerhalb des gesellschaftlichen Kontextes ergeben. Es ist nicht mit abschließender Sicherheit geklärt, welche langfristigen Folgen sich bei Kindern zeigen, die ohne zweiten Pol in der Familie aufwachsen. Ich bin nicht dafür, dass eine Behandlung bei Einzelpersonen oder nichtehelichen Partnerschaften untersagt wird. Aber einer Förderung würde ich derzeit eher ablehnend gegenüberstehen. Sollte sich im gesellschaftlichen Kontext die Ehe und die mit ihr verbundenen Pflichten und Rechte als nicht mehr erwünscht erweisen, dann käme eine solche Förderung in Frage. Dem stehe ich aber eher kritisch gegenüber. Ich empfinde in den Gesprächen mit nicht verheirateten Paaren immer wieder einen Drang zur Beliebigkeit - das "sich binden" macht Angst. Man will sich alle Optionen offenhalten. Hier glaube ich aber, wer eine Familie gründet und Verantwortung für ein Kind übernehmen will, der muss auch in der Lage sein, zu einer Entscheidung und zu einer Verbindung ja zu sagen. Will man aus generellen gesellschaftskritischen Gründen eine Ehe nicht eingehen, dann würde ich die Finanzierung dieser gesellschaftskritischen Haltung im derzeitigen gesellschaftlichen Kontext für falsch halten.

- zu c) Eine Finanzierung der Nutzung von Samenzellspenden in dem Sinne, dass innerhalb einer ehelichen Partnerschaft dann die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung finanziert werden, wäre wünschenswert. Hierbei halte ich aber eine Verpflichtung zur vorhergehenden Beratung durch eine psychosoziale Beratungsstelle (z.B. Donum vitae) für sinnvoll. Hierbei muss mit dem Paar das Bewusstsein erarbeitet und geschaffen werden, dass es sich nicht nur um eine temporäre Therapie bzw. Entscheidung für oder gegen eine aktuelle Behandlungsmethode bei einer definitiven männlichen Sterilität handelt, sondern diese Entscheidung zur Samenspende anhaltende und persistierende Folgen für die Familie und evtl. für das ganze soziale Umfeld mit sich bringt. Den Paaren muss Ihre besondere Verpflichtung dem Kind gegenüber klar sein. Eine Kostenübernahme der Samenspende selbst sehe ich kritisch. Gerade der Einsatz von Samenspenden muss von einem unbedingten Willen und einer gemeinsamen Verantwortung im Paar getragen sein. Der finanzielle Einsatz trägt zu einer intensiveren Auseinandersetzung über den Einsatz einer Samenspende beim Paar bei. Vor- und Nachteile werden intensiver diskutiert und es wird nochmal hinterfragt, ob es tatsächlich den Willen im Paar gibt diesen Weg zu gehen. Im Übrigen trifft der Begriff der „Spende“ ja auch die Realität nicht ganz. Letztlich gibt es ja auch eine Entschädigung für den "Spender" - ich würde diesen Bereich daher weiterhin in den Selbstzahlerbereich verorten.
- zu d) Diese Förderung ist zu begrüßen. Hierbei ist zu überlegen, ob nicht die von mir vorgeschlagene Änderung im Punkt 1, bzgl. der ersten vier Versuche der Kinderwunschbehandlung, hier eine weitere Regelung überflüssig machen würden. Würde das Paar einen klassischen Versuch mittels IVF/ICSI machen und würde bei dem ersten Frischtransfer nicht schwanger werden, dann könnte, sofern eine Kryokonservierung von 2PN-Zellen erfolgt ist, evtl. bei Transfer der zuvor eingefrorenen Zellen eine Schwangerschaft entstehen. Im Rahmen meiner oben genannten Formulierung, könnte das Paar die Kosten des ursprünglichen IVF/ICSI-Versuches und den nachfolgenden Kryozyklus zur

Förderung einreichen. (ca. 750 Euro für IVF/ICSI + ca. 200 Euro für den Kryozyklus). Wird das Paar nicht schwanger im Kryozyklus, so könnten sie die niedrigeren Kosten für diese Maßnahme selbst tragen und die Förderung für den zweiten IVF/ICSI-Versuch beantragen.

Alternativ hierzu könnten die Versuche auch ausgekoppelt werden. Dies könnte im Sinne einer Förderung für vier originäre Versuche und bis zu acht Kryoversuche geschehen.

Die angegebene Formulierung „... *kryokonservierten Ei- und Samenzellen über die...*“ ist nicht ganz nachvollziehbar. Die Nutzung kryokonservierter Samenzellen im Rahmen der IVF/ICSI im homologen System ist wie die Nutzung von Frischsperma zu sehen und wird auch so von den Krankenkassen gesehen - die tagesgleiche Spermaabgabe bei Gewinnung von Eizellen im Rahmen der IVF/ICSI und auch der Insemination ist nirgends gefordert oder als Abrechnungsvoraussetzung erwähnt. Somit könnte es sich nur auf die in der Regel kryokonserviert vorliegenden Samenspenden beziehen, und dieses Thema wurde schon unter Punkt c. abgehandelt.

Für mich würde nur die Formulierung "... *Nutzung von kryokonservierten Ei- und 2PN-Zellen und Embryonen über die Richtlinie gefördert wird...*" Sinn ergeben. Hierbei würde gerade in Bezug auf die kryokonservierten Eizellen von Frauen, die diese vor einer Karzinomtherapie haben eingefrieren lassen, eine immense Entlastung geschaffen. Bisher müssen Frauen, die eine Maßnahme der künstlichen Befruchtung mit ihren vor Chemotherapie oder Bestrahlung entnommenen Eizellen durchführen lassen, hierfür komplett selbst bezahlen.

Nebenbemerkung: unbedingt gefördert werden müsste die Behandlung der Eizellgewinnung und deren Kryokonservierung im Vorfeld einer Karzinomerkkrankung!

zur Punkt 2:

Die Altersgrenzen haben weder mit der Lebenswirklichkeit etwas zu tun, noch sind sie medizinisch sinnvoll oder nachvollziehbar.

Die Begrenzung der Förderung und der Kostenerstattung durch die GKV, auf unter 40-Jährige könnte ihre theoretische Begründung darin finden, dass das Trisomierisiko erhöht und die Gesamtchancen auf den Eintritt einer Schwangerschaft vermindert sind. Dagegen ist die untere Grenze in meinen Augen völlig absurd. Es gibt keinen Grund unter 25-Jährige von einer Förderung von Seiten des Bundes, aber auch von Seiten der GKV, auszuschließen. Ansonsten müsste man auch die Ehe unter 25 verbieten - dann wäre das System schlüssig. Erlaube ich aber die Ehe und ist das Paar dann ungewollt kinderlos, gibt es keinen rationalen Grund diese Behandlung nicht zu fördern.

Aber auch die über 40-Jährigen können meiner Meinung nicht uneingeschränkt aus dem System ausgeschlossen werden. Ich würde hier eine Formulierung begrüßen, welche in etwa so lauten müsste: "*... Förderfähig sind auch Behandlungen von über vierzig Jährigen, wenn der behandelnde Arzt erklärt, dass kein über das Normale hinausgehendes Risiko für die Mutter oder das Kind erkennbar sind.. (und eine ausreichende Aussicht auf Erfolg besteht).*" Hierzu gäbe es auch eine richterliche Entscheidung, was eine „ausreichende Aussicht auf Erfolg“ bedeutet, da dies Gegenstand mehrerer Rechtsstreitigkeiten im PKV System war.