



Dr. med. Ute Czeromin
Dr. med. Ina Walter-Göbel
Frauenärztinnen

Dres. med. Czeromin / Walter- Göbel, Munscheidstr. 14, 45886 Gelsenkirchen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Familie,
Senioren, Frauen u. Jugend

Ausschussdrucksache
19(13)14g

19.06.2018

Per Mail als PDF an

familienausschuss@bundestag.de

Gelsenkirchen, 19. Juni 2018

Anhörung BT-Drucksache 19/585 – Stellungnahme Ute Czeromin

Sehr geehrte Damen und Herren!

Vielen Dank für die Möglichkeit als reproduktionsmedizinische Sachverständige zu dem Antrag der FDP-Fraktion

„Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern – Reform der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur assistierten Reproduktion (BT-Drucksache 19/585)“

Stellung nehmen zu dürfen.

Bitte erlauben Sie mir, insbesondere den politischen Hintergrund zu beleuchten, an der Notwendigkeit Maßnahmen der Reproduktionsmedizin vollumfänglich zu unterstützen besteht kein Zweifel.

Daten und Fakten:

Unerfüllter Kinderwunsch ist kein Lifestyle-Problem, sondern eine behandlungsbedürftige Krankheit.

Maßnahmen der so genannten „künstlichen Befruchtung“ gehören zu 100% in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkasse. Operative Maßnahmen zur Behebung einer eileiterbedingten Sterilität werden zu 100% von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen, Behandlungszyklen mit einer Befruchtung außerhalb des Körpers nur zu 50%, obwohl dies nur eine alternative Methode ist oder bei Versagen der operativen Maßnahme in Anspruch genommen wird.

Paare, die sich zur Familienbildung entscheiden, übernehmen eine lebenslange persönliche Verantwortung und deren Entscheidung nutzt der Gesamtgesellschaft. Sie müssen nicht auch noch die Kosten tragen, wenn die Familienbildung aus krankheitsbedingten Gründen nicht möglich ist.

Die derzeitige Drei-Säulen-Förderung (GKV, Länderzuwendung, Bundeszuwendung) ist ein bürokratisches Konstrukt, das allein durch die Verwaltung der zur Verfügung stehenden Gelder Summen verschwendet, die bei Direktfinanzierung durch die GKV den Betroffenen unmittelbar zur Verfügung stünden.

Sparkasse Gelsenkirchen
BLZ 420 500 01
KONTO 101 137 575
BIC WELADED1GEK
IBAN DE98 4205 0001 0101 1375 75

Steuer-Nr.: 319 / 5959 / 0435



Die Initiative der FDP zur wohnortunabhängigen Förderung von Sterilitätstherapie ist gut gemeint, ist aber keine mittel- bis langfristige Lösung der strukturellen, inhaltlichen und juristischen Probleme der von Sterilität betroffenen Paare und deren behandelnden Ärzte. Sie zeugt auch von einem libertären Gedankengut, das an manchen Punkten nicht gut durchdacht scheint.

Im Einzelnen:

Stellungnahme zu 1a:

Ja – als kurzfristige Maßnahme unterstützenswert – langfristig sollte auf eine erneute Änderung des SGB V § 27 a hingewirkt werden.

Zur Reduzierung des Verwaltungsaufwandes empfehle ich eine Weiterbelastungsrechnung der GKV an den entsprechenden Adressaten des Bundes UND die Anweisung an die Beihilfestellen, nicht nur die Hälfte, sondern 100% des Beihilfeanteils zu übernehmen. Privatpatienten ohne Beihilfeberechtigung haben sich in der Regel aus dem Solidarsystem der gesetzlichen Krankenkassen abgemeldet, eine staatliche Förderung ist m.E. damit nicht sinnvoll.

Stellungnahme zu 1b:

Die Förderung von Alleinstehenden ist nur durch Verwendung von Spendersamen möglich. In der Geburtsurkunde des Kindes stünde „Vater unbekannt“, nach dem Samenspenderregistergesetz und der Änderung des § BGB kann der Samenspender auch nicht mehr als Vater anerkannt werden.

Damit wird mit staatlicher Unterstützung

1. dafür gesorgt, dass dem Kind Unterhalt durch das Jugendamt zusteht,
2. wird das bekannte Verarmungsrisiko von Alleinerziehenden in Kauf genommen,
3. wird das „Kindeswohl“ eklatant vernachlässigt.

Kinder brauchen Eltern! Diese zwei Erwachsenen müssen nicht miteinander verheiratet sein, sie können gleichgeschlechtlich sein, aber es sollten zwei Erwachsene sein, die sich für das Wohl des Kindes verantwortlich fühlen. Meines Erachtens darf jeder Arzt entscheiden, ob er Alleinstehende reproduktionsmedizinisch behandelt, dieses aber auch noch staatlich zu fördern, finde ich nicht in Ordnung.

Stellungnahme zu 1c:

Das ist mengenmäßig kein relevantes Problem. Sollte eher im Rahmen einer Änderung des SGB V § 27 a geändert werden. Die Verwaltung dieser insgesamt seltenen Fälle bräuchte eine aufwändige Verwaltungsstruktur, die unnötige Verwaltungskosten generiert. Siehe Punkt 1a.

Stellungnahme 1d:

Auch dieser Punkt sollte eher im Rahmen einer Änderung des SGB V § 27 a geändert werden.

Stellungnahme 2:

Hier wäre ebenfalls eine Änderung des § 27 a SGB V sinnvoll – eine Untergrenze von 25 Jahren ist medizinisch nicht nachzuvollziehen, zumal die Fruchtbarkeit bei Frauen bereits ab dem 30. Lebensjahr sinkt. Eine Altersgrenze von 40 Jahren ist medizinisch aufgrund der Aussicht auf Erfolg eher nach zu vollziehen, allerdings waren vor Änderung des § 27a SGB V Ausnahmeentscheidungen der GKV bis zum 45. Lebensjahr möglich. Diese Ausnahmemöglichkeit sollte erneut eingeführt werden.

Votum:

Eine wohnortunabhängige Förderung aus Bundesmitteln ist zweite Wahl bei Finanzierung von Behandlungskosten der Paarsterilität.

Erste Wahl und zukunftsgerichtet wäre eine Änderung des SGB V § 27a.

Wiedereinführung (Stand 31.12.2003) sowohl der 100% Finanzierung als auch der Anzahl finanzierten Zyklen:

Sechs Zyklen homologer Inseminationen im Gonadotropin-stimulierten Zyklus (seit 2004 nur drei)

Vier Zyklen einer IVF oder ICSI-Therapie (seit 2004 nur drei)

Ausweitung auf nicht verheiratete Paare, die in stabiler eheähnlicher Beziehung leben und von denen keiner in anderer Ehe verheiratet ist

Abschaffung der Altersgrenze von 25 Jahren nach unten, erneute Einführung der Möglichkeit einer Ausnahmegenehmigung für Frauen bis zum 45. Lebensjahr. Keine Altersgrenze bei den männlichen Partnern.

NB:

Eine Ausweitung der Leistungen (Samenspende, Kryokonservierung) kann aus kassenärztlicher Sicht nur sehr kritisch angesehen werden.

Reproduktionsmedizin wird durch die GKV nicht kostendeckend finanziert. Das ärztliche Honorar beträgt bei IVF 1.200,00 €, bei ICSI 1500,00 €. Die Kosten der notwendigen Medikamente übersteigen regelmäßig das ärztliche Honorar.

Vertragsärzte bekommen keine Vergütung für die in den letzten Jahren deutlich gestiegenen behördlich angeordneten Aufwände (TPG, AMWHV, DSGVO, SaRegG, QSV der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Ultraschall und zum Labor) etc.

Selbstzahlerleistungen subventionieren damit den defizitären Kassenarztbereich.

Im Vergleich:

In Österreich bekommen Reproduktionsmediziner aus dem staatlichen Fonds (m.E. unsinnigerweise nicht aus dem Topf der GKV) 4.000,00 € pro IVF oder ICSI-Zyklus. Davon sind 3000,00 € für Arzt und Labor. 1.000,00 € für Medikamente. Die österreichischen Ärzte kommen deshalb mit dem geringen Medikamentenbudget aus, da sie im Gegensatz zu Deutschland die Medikamente direkt bei den Pharmafirmen kaufen und zu Selbstkostenpreisen an die Patienten weitergeben. Der Gesellschaft wird damit der Großhandels- und Apothekenaufschlag für Medikamente erspart und das nur dadurch, dass das Dispensationsrecht auf Reproduktionsmediziner ausgeweitet wurde.

Die Höhe von 3000,00 € für einen IVF- oder ICSI-Zyklus würde am ehesten die Finanzierungslücke auffangen, wenn Kassenärzte nicht mehr die Chance hätten, den defizitären Kassenarztbereich durch privat liquidierte Leistungen zu subventionieren.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Ute Czeromin