

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0045(4)

gel. VB zur öAnh am 28.11.2018 -
Kostenübern. künstl. Befruchtung
21.11.2018



Spitzenverband

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 21.11.2018

zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/
DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des
Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Gleichstellung
nichtehelicher Lebensgemeinschaften und lesbischer
Paare bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der
künstlichen Befruchtung“ (Drucksache 19/1832)
sowie dem Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend
ermöglichen“ (Drucksache 19/5548)

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.11.2018 zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Gleichstellung nichtehelicher Lebensgemeinschaften und lesbischer Paare bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung“ (Drucksache 19/1832) sowie dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen“ (Drucksache 19/5548)

Seite 2 von 8

Inhaltsverzeichnis

I. Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Gleichstellung nichtehelicher Lebensgemeinschaften und lesbischer Paare bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung“ (Drucksache 19/1832)	3
II. Antrag der Fraktion DIE LINKE „Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen“ (Drucksache 19/5548)	7

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.11.2018 zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Gleichstellung nichtehelicher Lebensgemeinschaften und lesbischer Paare bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung“ (Drucksache 19/1832) sowie dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen“ (Drucksache 19/5548)

Seite 3 von 8

I. Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Gleichstellung nichtehelicher Lebensgemeinschaften und lesbischer Paare bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung“ (Drucksache 19/1832)

1 Inhalt des Gesetzesantrags

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen unter bestimmten gesetzlichen Voraussetzungen auch Maßnahmen der künstlichen Befruchtung. Zu den gesetzlich vorgegebenen Voraussetzungen gehört nach § 27a Absatz 1 Nr. 3 SGB V, dass die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind. Eine weitere Voraussetzung ist, dass ausschließlich die Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden (homologe Insemination).

Der Gesetzesvorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sieht vor, dass künftig auch Personen anspruchsberechtigt sein sollen, die nicht in einer Ehe, sondern in eingetragenen Lebenspartnerschaften oder miteinander in auf Dauer angelegten nichtehelichen Lebensgemeinschaften leben (vgl. Artikel 1 Nr. 2 und 4).

Um es auch Frauen, die in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder in einer gleichgeschlechtlichen, auf Dauer angelegten nichtehelichen Lebensgemeinschaft miteinander leben, zu ermöglichen, ebenfalls Maßnahmen der künstlichen Befruchtung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten, sollen künftig auch die Behandlungskosten für heterologe künstliche Befruchtungen übernommen werden können; bei heterologen künstlichen Befruchtungen werden die Samenzellen eines (nicht ehelichen) Samenspenders verwendet. Voraussetzung soll es dagegen bleiben, dass ausschließlich die Eizellen der zu befruchtenden Frau verwendet werden (vgl. Artikel 1 Nr. 3). Die vorgeschlagene Rechtsänderung erweitert den Leistungsanspruch zugleich für Verheiratete sowie heterosexuelle Paare, die in einer auf Dauer angelegten nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben, um die Möglichkeit der heterologen, künstlichen Befruchtung.

Im Ergebnis sollen damit neben verheirateten auch verpartnerte sowie nicht formalisierte Paare für Maßnahmen der homologen oder heterologen künstlichen Befruchtung einen Anspruch auf

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.11.2018 zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Gleichstellung nichtehelicher Lebensgemeinschaften und lesbischer Paare bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung“ (Drucksache 19/1832) sowie dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen“ (Drucksache 19/5548)

Seite 4 von 8

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Voraussetzung soll in allen Fällen sein, dass diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung aus medizinischen Gründen erforderlich sind (vgl. Artikel 1 Nr. 1).

2 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Bei der grundlegenden Frage, ob künftig nicht-eheliche Lebensgemeinschaften einschließlich gleichgeschlechtlicher Paare dieselben Leistungsansprüche bei der Herbeiführung einer Schwangerschaft haben sollten wie Verheiratete, handelt es sich um eine primär gesellschaftspolitische, ggf. auch verfassungsrechtliche Fragestellung.

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die Beantwortung dieser Frage ein allgemeinpolitisches Mandat verlangt, das über das spezifisch gesundheitspolitische Mandat des GKV-Spitzenverbandes als Interessenvertreter der gesetzlichen Krankenkassen hinausgeht.

Wie der Kreis der nach § 27a SGB V anspruchsberechtigten Versicherten innerhalb der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung abzugrenzen ist, ist im gesellschaftspolitischen Diskurs zu erörtern und auf dieser Basis allein vom Bundesgesetzgeber zu entscheiden.

Sollte der Gesetzgeber den vorliegenden Gesetzesvorschlag in Bezug auf Personen, die „miteinander in einer auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft leben“ umsetzen wollen, wird angemerkt, dass der Gesetzgeber aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zugleich konkrete Festlegungen vornehmen sollte, wie eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft von anderen Lebensgemeinschaften abzugrenzen ist. Zwar hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg in seiner Entscheidung vom 13.06.2014 (L 1 KR 435/12 KL) zur Versagung einer satzungsmäßigen Ausweitung der Leistungen zur künstlichen Befruchtung ausgeführt, dass der Begriff der auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft nach seiner Auffassung „ein noch tauglicher und gängiger unbestimmter Rechtsbegriff“ sei, worauf in der Begründung zum Gesetzesantrags ausdrücklich verwiesen wird. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kann aber die den Leistungsanspruch begründende Feststellung, ab wann eine Lebensgemeinschaft auf Dauer angelegt ist, erst recht mit Blick auf die Einführung einer Regelleistung ohne Konkretisierung durch den Gesetzgeber nicht hinreichend rechtssicher durch die Selbstverwaltung vorgenommen werden. Auch die in den Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion getroffene Regelung, deren Auslegung in diesem Zusammenhang der Zuständigkeit von Ärztinnen und Ärzten obliegen, erscheinen nicht hinreichend rechtssicher.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.11.2018 zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Gleichstellung nichtehelicher Lebensgemeinschaften und lesbischer Paare bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung“ (Drucksache 19/1832) sowie dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen“ (Drucksache 19/5548)

Seite 5 von 8

Die Erweiterung des Leistungsanspruchs der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung auch auf Fälle der heterologen Befruchtungen mit Fremdsamenspenden – dies nicht allein für gleichgeschlechtliche, sondern zugleich auch für verheiratete oder andere heterosexuelle Paare – berührt eine Vielzahl von Fragen der modernen Reproduktionsmedizin, die fern der rein krankensicherungsrechtlichen Betrachtung liegen. Der GKV-Spitzenverband weist deshalb daraufhin, dass ggf. mit oder vor der Erweiterung von leistungsrechtlichen Vorgaben im SGB V weitere, grundlegende u. a. rechtliche Fragen zu beantworten und Regelungen zu schaffen sind; in diesem Zusammenhang wird ausdrücklich auf die Entschließung des Deutschen Ärztetages für eine systematische Rechtsentwicklung in der Reproduktionsmedizin aus Mai 2013 verwiesen.

Rein krankensicherungsrechtlich ergibt sich bei heterologen Befruchtungen eine Unklarheit hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzung der medizinischen Indikation bei gleichgeschlechtlichen Paaren: Der Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a SGB V entsteht auf Basis eines medizinischen Befundes. Die konkreten medizinischen Indikationen, die den Leistungsanspruch auf ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung auslösen, sind in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung („Richtlinien über künstliche Befruchtung“) bestimmt. Die Diagnostik einer solchen Indikation setzt grundsätzlich voraus, dass eine Schwangerschaft auf natürlichem Wege bislang nicht eingetreten ist. Ausnahmen bestehen „lediglich“ in solchen Fallgestaltungen, in denen von vornherein klar ist, dass die Frau nicht auf natürlichem Wege durch eine in der Vergangenheit erfolgte Tubenamputation schwanger werden kann. Eine Übertragbarkeit dieser medizinischen Indikationsstellung auf gleichgeschlechtliche Paare kann damit schon naturgemäß so ohne weiteres nicht gegeben sein. Für eine Diagnostik wäre demnach in der Regel zunächst allein ein Kinderwunsch maßgeblich, der jedoch keine medizinische Indikation darstellt. Ein leistungsauslösender Tatbestand ohne medizinischen Hintergrund ist jedoch nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zur fiskalischen Wirkung der seitens der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN intendierten Leistungsausweitung kann der GKV-Spitzenverband keine Schätzung abgeben. Bereits für die Feststellung des heutigen Ausgabenniveaus liefert die amtliche Leistungs- und Ausgabenstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung keine Grundlagen. Die Ausgaben für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V fließen als Bestandteile in die GKV-Ausgabenwerte für ambulante oder stationäre Krankenbehandlung ein. Der Kontenrahmen der GKV sieht keine speziellen Ausgabenkonten für diese Leistungen vor. Anhand von Abrechnungsdaten ließen sich für das

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.11.2018 zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Gleichstellung nichtehelicher Lebensgemeinschaften und lesbischer Paare bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung“ (Drucksache 19/1832) sowie dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen“ (Drucksache 19/5548)

Seite 6 von 8

Kalenderjahr 2017 jedoch Ausgaben in Höhe von 28,9 Mio. Euro für vertragsärztliche Leistungen zur Reproduktionsmedizin sowie Ausgaben von 29,9 Mio. Euro für Arzneimittel, die im Rahmen künstlicher Befruchtungen verordnet wurden (GKV-Nettoumsatz ohne Eigenbeteiligung), ermitteln. Für die Abschätzung der Finanzwirkung der vorgeschlagenen Leistungserweiterungen bedürfte es zusätzlicher Kenntnisse über die zu erwartende Fallzahlentwicklung.

Da Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nicht als Behandlung einer Krankheit angesehen, sondern nur den für Krankheiten geltenden Regelungen des SGB V unterstellt wurden (Bundestags-Drucksache 11/6760 vom 21.03.1990, Seite 14) und somit ein eigenständiger Versicherungsfall vorliegt (BVerfG, Urteil vom 28.02.2007 – 1 BvL 5/03, RdNr. 34; stellvertretend BSG, Urteil vom 03.04.2001 – B 1 KR 40/00 R, RdNr. 13ff.), geht der GKV-Spitzenverband davon aus, dass es sich bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nicht um klassische Leistungen der Krankenbehandlung und damit um typische Versicherungsleistungen im Krankheitsfall handelt. Vielmehr sind diese Ausgaben – ähnlich den Ausgaben für Empfängnisverhütung nach § 24a SGB V, für Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation nach § 24b SGB V oder bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 24c SGB V – der Gruppe der versicherungsfremden Leistungen zuzurechnen. Unabhängig von der konkreten Höhe der jährlichen Ausgaben für Leistungen nach § 27a SGB V sei daher der Hinweis an den Gesetzgeber erlaubt, bei jedweder Ausweitung dieser Leistungen auch die Angemessenheit der seitens des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen gezahlten Bundesbeteiligung nach § 221 SGB V zu überprüfen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.11.2018 zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Gleichstellung nichtehelicher Lebensgemeinschaften und lesbischer Paare bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung“ (Drucksache 19/1832) sowie dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen“ (Drucksache 19/5548)

Seite 7 von 8

II. Antrag der Fraktion DIE LINKE „Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen“ (Drucksache 19/5548)

1 Antragsgegenstand

Die Fraktion DIE LINKE geht mit ihrem Antrag über die oben beschriebenen Forderungen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hinaus. Sie fordert eine volle Kostenübernahme für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auch unter Verwendung von Spendersamen (heterologe Insemination; vgl. Forderung II Nr. 1). Der Anspruch soll allen Menschen mit ungewollt, medizinisch begründeter Kinderlosigkeit eröffnet werden, also auch Frauen und Personen anderen Geschlechts, die in nichtehelicher, lesbischer, sonstiger oder ohne Partnerschaft leben (vgl. Forderung II Nr. 2.).

Zudem sollen medizinisch-fachliche Festlegungen wie Altersbeschränkungen und die Anzahl der Reproduktionsversuche aus dem Gesetzestext gestrichen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss überantwortet werden. Wobei die Zugangsbeschränkungen zur künstlichen Befruchtung nur insoweit zulässig sein sollen, wie sie zum Schutz der Solidargemeinschaft wegen zu geringer Erfolgsaussichten oder unvertretbarem Risiko erforderlich sind (vgl. Forderung II Nr. 3).

Durch die volle Kostenübernahme der medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch die gesetzlichen Krankenkassen soll die Bezuschussung aus dem Bundeshaushalt und die entsprechenden Vereinbarungen mit den Ländern beendet werden (vgl. Forderung II Nr. 4.).

2 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Wie bereits in der Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 19/1832) ausgeführt, ist die Frage, wie der Kreis der nach § 27a SGB V anspruchsberechtigten Versicherten innerhalb der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung abzugrenzen ist, im gesellschaftspolitischen Diskurs zu erörtern und auf dieser Basis allein vom Bundesgesetzgeber – auch unter Berücksichtigung des Kindeswohls – zu entscheiden. Dabei sei auch an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass sich aus der Erweiterung des Leistungsanspruchs der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Fälle der heterologen Befruchtungen mit Fremdsamenspenden krankensicherungsrechtlich eine Unklarheit hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzung der medizinischen Indikation sowohl bei gleichgeschlechtlichen

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.11.2018 zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Gleichstellung nichtehelicher Lebensgemeinschaften und lesbischer Paare bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung“ (Drucksache 19/1832) sowie dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen“ (Drucksache 19/5548)

Seite 8 von 8

Paaren als auch bei Frauen ohne Partnerschaft ergibt. Der Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a SGB V entsteht auf Basis einer medizinischen Indikation, deren Diagnostik grundsätzlich voraussetzt, dass eine Schwangerschaft auf natürlichem Wege bislang nicht eingetreten ist. Eine Übertragbarkeit dieser medizinischen Indikationsstellung auf gleichgeschlechtliche Paare und auch auf Frauen ohne Partnerschaft kann damit schon naturgemäß so ohne weiteres nicht gegeben sein. Für eine Diagnostik wäre demnach in der Regel zunächst allein ein Kinderwunsch maßgeblich, der jedoch keine medizinische Indikation darstellt. Ein leistungsauslösender Tatbestand ohne medizinischen Hintergrund fällt nicht in den Aufgabebereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung auch im Hinblick auf das Anspruchsalter sowie die Anzahl der Reproduktionsversuche in § 27a SGB V verankert. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse in diesem Zusammenhang Berücksichtigung fand und eine Anpassung der Anspruchsvoraussetzungen erfolgt, sofern sich neue – hinreichend belegte – medizinische Erkenntnisse ergeben. Die Beurteilung von ermittelten Erfolgs- oder Misserfolgs Wahrscheinlichkeiten bezüglich der Zumutbarkeit einer öffentlichen Finanzierung kann dabei nicht nach medizinischen Kriterien erfolgen. Insofern kann auch eine Festlegung der Altersgrenzen nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss erwartet werden.

Zur Bewertung der Leistungen der künstlichen Befruchtung als versicherungsfremde Leistungen und zur notwendigen Abgeltung durch den Bund siehe unsere Ausführungen zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 19/1832).