

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**19(14)0045(5)**

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



## **Stellungnahme der Deutschen Vereinigung von Familien nach Samenspende DI-Netz e.V.**

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

und zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen“ (BT-Drs. 19/5548)

### **1. Allgemeines**

**DI-Netz e.V.** ist die Deutsche Vereinigung von Familien nach Samenspende. Das Kürzel „DI“ in unserem Namen ist die Abkürzung für Donogene Insemination und bedeutet Spendersamenbehandlung. Unsere Organisation vertritt die Interessen von Eltern und ihren Kindern<sup>1</sup> nach Samenspende sowie von Personen, die sich noch in der Vorbereitungsphase befinden.

Das DI-Netz steht im Kontakt mit mehreren hundert Familien und KinderwunschpatientInnen in ganz Deutschland. Durch unsere Beratungen, Familienseminare und Internetforen erhalten wir einen guten Eindruck davon, was Eltern und Kinder brauchen, wenn ihre Familie mit Hilfe einer Samenspende entstanden ist.

---

<sup>1</sup> Die Gesamtgruppe der Kinder aus Samenspende hat keine Alleinvertretung. Ein kleiner Teil wird durch die Interessengruppe des Vereins „Spenderkinder“ vertreten, ein anderer Teil durch die Vereinigung DI-Netz, wieder ein anderer Teil durch den LSVD. Aufgrund der Geheimhaltung der Samenspende ist ein Großteil von Kindern und Eltern im politisch-öffentlichen Raum nicht repräsentiert.

## **Hohe Kostenlast der Kinderwunschpaare**

Wir beobachten regelmäßig, dass Paare und Familien durch die Kosten der Kinderwunschbehandlung hochbelastet sind. So geraten sie bei den ohnehin anstrengenden Kinderwunschbehandlungen aus finanziellen Gründen noch stärker unter Druck. Bei einer Spermienbehandlung müssen die Paare alles selbst zahlen, unabhängig davon, ob es sich um Insemination, IVF, ergänzende Diagnostik, Hormonstimulation oder Medikamente handelt. Meist braucht es mehrere Behandlungsversuche, um schwanger zu werden, und der zu zahlende Gesamtbetrag kann sich dann auch schnell im fünfstelligen Bereich bewegen.

Viele Menschen mit Kinderwunsch sparen für die Kinderwunschbehandlung jahrelang und unter erheblichen Verzichten. Einige finanzieren die Behandlung über einen Kredit, den sie noch lange tilgen müssen, wenn das Kind bereits da ist. Ein großer Teil der Wunscheitern kann diese Kosten nicht tragen und bleibt somit ungewollt kinderlos. Ein anderer Teil kann erst im höheren Alter die Kosten aufbringen und muss dann aufgrund des gestiegenen Alters der Frau geringere Erfolgsaussichten in Kauf nehmen. Frauen, die inzwischen Geld verdient oder geliehen haben, aber mit eigenen Eizellen kaum noch Erfolgsaussichten haben, entscheiden sich manchmal noch für eine Eizellspende im Ausland.

Auch von wirtschaftlich schwächeren Wunscheitern wird die Spermien spende nachgesucht. Ein unerwünschter Effekt ist, dass manche von ihnen ihr finanzielles Problem dadurch lösen, dass sie sich auf prekäre Arrangements einlassen, wie die Vermittlung von Privaten Spermien spenden durch entsprechende Internetportale. In solchen Fällen wird weder das Recht des Kindes auf Kenntnis der Abstammung gesichert noch der Rückgriff auf Gesundheitsdaten im Krankheitsfall. Dieser wachsende „Schwarzmarkt“ der Spermien spendenbehandlung könnte durch die Kostenübernahme einer Spermien spende im medizinischen System reduziert werden.

### **Zu den vorliegenden Anträgen:**

Der Gesetzesantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat die Gleichstellung nichtehelicher Lebensgemeinschaften und lesbischer Paare bei der Kostenübernahme der Krankenversicherungen für assistierte Befruchtungen zum Ziel. Der von den GRÜNEN vorgelegte Gesetzesentwurf entspricht im Wortlaut - mit überarbeiteter Begründung - dem bereits 2014 vorgelegten Gesetzesentwurf (BT-Drs. 18/3279). Der vorherige Antrag wurde 2016 vom Ausschuss für Gesundheit und vom Bundestagsplenum mehrheitlich abgelehnt<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschuss für Gesundheit (14. Sitzung) vom 15.2.2016  
<http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/637/63746.html>

Der Antrag der LINKEN vom 7.11.2018 richtet sich darüber hinaus gegen Ungleichbehandlungen bei der Kostenübernahme aufgrund des Wohnortes und gegen bestehende Altersbeschränkungen. Er fordert eine volle Erstattung der Kosten reproduktionsmedizinischer Behandlungen.

Diese Forderungen ähneln dem kürzlichen, vom Familienausschuss mehrheitlich abgelehnten<sup>3</sup> Gesetzesantrag der FDP „Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern“ (BT-Drucksache 19/585).

Seit dem früheren Gesetzesentwurf der GRÜNEN im Jahr 2014 hat es relevante politische Entwicklungen gegeben:

➤ **Ehe für alle**

Zum 1. Oktober 2017 wurde der §1353 BGB geändert, so dass nun auch gleichgeschlechtliche Paare heiraten können<sup>4</sup>.

➤ **Samenspenderregister**

Seit Juli 2018 gilt das Samenspenderregistergesetz (SaRegG), das eine Aufbewahrung von Spenderdaten beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI gewährleistet und somit dem Recht des Kindes auf Kenntnis der Abstammung bei Samenspende Rechnung trägt<sup>5</sup>. Gleichzeitig wurden mit diesem Gesetz unterhalts- und erbschaftsrechtliche Probleme beseitigt. Wird im Rahmen einer medizinischen Einrichtung Samen gespendet, ist die Feststellung des Samenspenders als juristischer Vater laut §1600 d Abs. 4 BGB ausgeschlossen.

➤ **Neue ärztliche Richtlinie**

Im April 2018 hat die Bundesärztekammer ihre neue Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion herausgegeben<sup>6</sup>. Die neue Richtlinie schließt Frauenpaare und alleinstehende Frauen nicht mehr von der Behandlung aus.

---

<sup>3</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 13. Sitzung vom 19.10.2018 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/051/1905172.pdf>

<sup>4</sup> Eheöffnungsgesetz

[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&start=//\\*\[@attr\\_id=%27bgbl117s2787.pdf%27\]#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl117s2787.pdf%27%5D\\_1542439740000](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[@attr_id=%27bgbl117s2787.pdf%27]#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2787.pdf%27%5D_1542439740000) Vgl. zur Verletzung des Gleichbehandlungsgrundsatzes den 4. Leitsatz im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 19.2.2013 Az.: 1 BvL 1/11 für den Fall einer Sukzessivadoption

<sup>5</sup> <https://www.dimdi.de/static/downloads/deutsch/sareg-bundesgesetzblatt.pdf>

<sup>6</sup> Bundesärztekammer (20.4.2018) Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion.

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Ass-Reproduktion\\_Richtlinie.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Ass-Reproduktion_Richtlinie.pdf)

➤ **Ergebnisse AK Abstammung**

Im Juli 2017 wurde der Abschlussbericht des vom Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz eingerichteten Arbeitskreises mit konkreten Empfehlungen für eine Reform des Abstammungsrechts vorgelegt. Im Koalitionsvertrag kündigte die Regierung eine Überprüfung des Abstammungsrechtes an. Das Justizministerium erarbeitet derzeit ein Anpassungsgesetz<sup>7</sup>.

Insgesamt wurde ein großer Teil der Gründe, die 2016 zur Ablehnung des Gesetzesvorschlages der GRÜNEN geführt haben<sup>8</sup>, inzwischen beseitigt und es liegen neue politische Regelungsvorschläge vor. Aus Sicht des DI-Netzes ist es aufgrund dieser jüngsten Entwicklungen an der Zeit, die damalige Ablehnung des Gesetzesentwurfes der GRÜNEN neu zu überdenken.

Das DI-Netz unterstützt auch 2018 die Absicht der GRÜNEN, den aus unserer Sicht berechtigten Leistungsanspruch von Personengruppen durchzusetzen, denen bisher keine GKV-Kostenerstattung für anstehende fortpflanzungsmedizinische Maßnahmen zugestanden wird. Wir begrüßen daher grundsätzlich die vorgeschlagene Änderung des §27a SGB V.

DI-Netz unterstützt auch die Bestrebungen der LINKEN, Ungleichbehandlungen aufgrund des Wohnortes, des Alters (Altersbeschränkungen nach unten) und aufgrund der sexuellen Orientierung oder des Beziehungsstatus zu beseitigen sowie die Kosten für mehr als drei Versuche zukünftig vollständig zu finanzieren.

## **2. Offensichtliches Unrecht beseitigen – und ungewollt Kinderlose mehr fördern**

DI-Netz möchte vor allem zu den Aspekten der beiden Anträge Stellung nehmen, die für Familien nach Samenspende relevant sind.

---

<sup>7</sup> Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 2018. 19. Legislaturperiode  
<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1>, S. 132, Z. 6233-6237; vgl. 89. Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister. Beschluss der Frühjahrskonferenz (6./7.6.2018), Top I.5, Elternschaft im Wandel – Anforderung an ein modernes Abstammungsrecht; Antwort der Bundesregierung vom 7.9.2018 auf die Kleine Anfrage der LINKEN „Bundesweite Entwicklungen und rechtliche Situation von Regenbogenfamilien“ BT-Drs. 19/4199 Antwort zu Fragen 22-25, S. 9-10; vgl. Ankündigung eines Anpassungsgesetzes durch Karl-Heinz Brunner (14.6.2018) in der Ersten Beratung des Bundestages zum Gesetzesentwurf 19/2665 S. 3903  
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/19/19039.pdf#P.3903>

<sup>8</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Gesundheitsausschuss (14. Sitzung) v. 15.2.2016  
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/075/1807517.pdf>

## **Wohnortunabhängige Förderung**

Aus Sicht des DI-Netzes sollte Einigkeit darüber herrschen, dass ein Teil der bisherigen Regelungen ganz offensichtliches Unrecht darstellen und dem Gleichheitsgrundsatz im deutschen Recht widersprechen.

Die erste Ungerechtigkeit ist die Wohnortabhängigkeit der finanziellen Unterstützung der reproduktionsmedizinischen Behandlung, da die Länder Kinderwunschbehandlungen derzeit unterschiedlich bezuschussen. Es ist überhaupt nicht einzusehen, dass Patientinnen in Bayern für ihre reproduktionsmedizinischen Behandlungen andere finanzielle Hilfen vorfinden als Patientinnen in Berlin. Hier muss Unabhängigkeit vom Wohnort und eine bundeseinheitliche Regelung in der Bezuschussung gewährleistet werden.

## **Weibliche Fertilitätsstörungen**

Ein zweites offensichtliches Unrecht findet sich hinsichtlich der GKV-Finanzierung der Behandlung von weiblichen Fertilitätsstörungen.

Auch hier ist nicht einzusehen, dass Frauen mit derselben klinischen Diagnose eine unterschiedliche Kostenübernahme durch die Krankenkassen erfahren.

Bei weiblichen Fertilitätsstörungen handelt es sich entweder um endokrine Störungen (ca. 40 %) oder um Erkrankungen der Eileiter (20-30 %) oder um andere normabweichende Befunde von Uterus, Zervix oder Vagina. Diese organisch bedingten weiblichen Fertilitätsstörungen sind im internationalen Klassifikationsschlüssel ICD-10 als Krankheiten codiert ( N80.0, N97.0, N97.1, N97.2, N97.3, N97.4, N97.8 und N97.9); und erst diese gravierenden Diagnosen ovarieller, tubarer, uteriner oder zervikal bedingter weiblicher Sterilität rechtfertigen Behandlungen wie In-Vitro-Fertilisation (IVF), Insemination, Medikamentengabe und Hormonbehandlung. So bezahlt die Krankenkasse derzeit problemlos (anteilig) die Kosten der fälligen reproduktionsmedizinischen Behandlung – doch nur, solange es sich bei der Patientin um eine heterosexuelle Ehefrau (mit zeugungsfähigem Ehemann) handelt.

Nun ist es aber unmittelbar evident, dass von den genannten weiblichen Fertilitätsstörungen alle Frauen betroffen sein können – seien sie heterosexuell verheiratet, verpartnert, lesbisch oder alleinstehend.

Eine medizinisch indizierte Versorgung sollte aus Sicht des DI-Netzes daher nie davon abhängen, in welchen Lebensumständen sich eine Frau befindet.

Krankenkassen machen auch bei anderen medizinischen Angelegenheiten keinen Unterschied zwischen einem Beinbruch oder einer Blinddarmoperation einer heterosexuellen Ehefrau und dem Beinbruch oder Blinddarm einer lesbischen Patientin.

In seiner letzten Stellungnahme<sup>9</sup> hat das DI-Netz bereits mit einem Gedankenexperiment argumentiert, dass ein und dieselbe Frau mit weiblicher Sterilitätsdiagnose (angenommen ein Tubenverschluss ICD-10-GM N97.1<sup>10</sup>), die gestern noch heterosexuell verheiratet war und bereits eine Kostenzusage der Krankenkasse hatte, heute aus welchem Grund auch immer lesbisch lebt und dann urplötzlich ihr Anrecht auf Kostenübernahme verliert, obwohl ihr Krankheitsstatus immer noch exakt derselbe ist. Die Diagnose der Patientin und die Indikation haben sich überhaupt nicht verändert, nur ihr Partnerschaftsstatus.

Gleiche Konsequenzen ergeben sich bei Frauen mit weiblicher Fertilitätsstörung, die von einem Tag auf den anderen von der zusätzlichen Diagnose ihres Mannes erfahren müssen, beispielsweise wenn ihr Mann mit einer Azoospermie (ICD-10-GM N 46) diagnostiziert wird. Ihre Kinderwunschbehandlung wird ab jetzt ebenfalls nicht mehr bezahlt - nur weil der Samen, der bei der Behandlung ihrer weiblichen Sterilität zum Einsatz kommt, nicht mehr vom Ehemann stammt sondern von einem anderen Mann, der seinen Samen einer medizinischen Einrichtung für genau solche Kinderwunschpatientinnen wie sie zur Verfügung gestellt hat.

DI-Netz hält es für dringend geboten, dass medizinisch indizierte Behandlungen der Sterilität von Frauen durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, unabhängig von der Herkunft des dabei verwendeten Samens.

Denn auch unverheiratete, lesbische oder alleinstehende Frauen sind manchmal von behandelbarer, weiblicher Infertilität betroffen. Es gibt Patientinnen, wie die beschriebene Frau mit zeugungsunfähigem Partner oder die lesbische Frau, die für die Behandlung ihrer eigenen Empfängnisunfähigkeit eben nicht den Samen eines Ehemannes bereitstellen können sondern dabei auf eine Samenspende angewiesen sind.

Ihre Behandlungskosten sollten im Sinne des Gleichheitsgrundsatzes (Art. 3 Abs. 1 GG) übernommen werden, so wie bei allen anderen Frauen auch. Aus Sicht des DI-Netzes erfüllt der Staat dann seine Schutzpflichten für die körperliche Unversehrtheit der Versicherten (Art. 2 Abs. 2 GG, Art 20 Abs. 1 GG), indem er Ungleichbehandlungen unter Versicherten verhindert und jeder ungewollt kinderlosen Frau mit Empfängnisunfähigkeit die anstehende Kinderwunschbehandlung zukommen lässt.

---

<sup>9</sup> Stellungnahme des DI-Netzes zum Antrag der GRÜNEN BT-Drs. 18/3279

<https://www.bundestag.de/blob/392654/b9c2bf9ce3a6b0bbd9d8195b914eea75/di-netz-e--v--data>.

<sup>10</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision German Modification. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/>

## **Kosten der Samenproben?**

An dieser Stelle stellt sich weiterhin die Frage, ob Krankenversicherungen bei einer Ausweitung der Kostenübernahme (im Fall von Sterilitätsbehandlungen der Frau), dann auch noch für die Kosten des gegebenenfalls benötigten Fremdsamens aufkommen sollten.

Hierzu ist das DI-Netz nicht entschieden. Manche Patientinnen mit der Diagnose einer weiblichen Fertilitätsstörung betrachten die Samenproben als integralen Bestandteil ihrer medizinischen Behandlung, deren gesamten Kosten konsequenter Weise übernommen werden sollten.

Andererseits: Fokussiert man auf die rein medizinischen Aspekte der weiblichen Sterilität, ist die medizinisch indizierte Maßnahme keine Frage der Herkunft des Samens. Wenn sich die Medizin aber nicht dafür interessiert, woher der Samen kommt, könnte man daraus den weiteren Schluss ziehen, dass es dann auch die Aufgabe der Patientin bleiben kann, sich selbst um die Beschaffung und die Kosten der von ihr angeforderten Samenproben zu kümmern. So soll sich laut Gesetzesentwurf der GRÜNEN der Kostenanspruch aus § 27a nur auf „die ärztliche Behandlung selbst, nicht die Kosten für die Samenspende“ beziehen. Diese Kosten sollen der wegen ihrer Empfängnisunfähigkeit behandelten Patientin weiterhin als Eigenanteil überlassen bleiben. Manche Patientinnen werden bereit sein, dies zu akzeptieren, weil es für sie ohnehin etwas gänzlich anderes ist, Samen zur Zeugung ihres Kindes zu beziehen als zum Beispiel die behandlungsbegleitenden Medikamente zu bezahlen. Die Samenspende selbst darf Privatsache bleiben. Dass es sich um eine heterologe und nicht um eine homologe Behandlung handelt, ist sehr wichtig für die spätere Familie, nicht aber für die medizinische Behandlung der Frau.

## **Finanzierungshilfen bei der Donogenen Insemination**

Der Änderungsvorschlag der GRÜNEN sieht unter Absatz 1 des §27a SGB V die Einfügung des Passus „aus medizinischen Gründen“ vor. Im Antrag der LINKEN ist von einer „medizinischen Maßnahme“ und von „medizinisch bedingter Kinderlosigkeit“ die Rede.

Aus Sicht des DI-Netzes sind die Formulierungen etwas unscharf, und es müsste nach Fallgruppen genauer differenziert und konkretisiert werden:

Sind hier ausschließlich die oben genannten Indikationen weiblicher Sterilität und die leichten Formen männlicher Sterilität gemeint? Oder sollen daneben auch alle schwerwiegenden Fälle männlicher Sterilität als „medizinischer Grund“ für eine „medizinisch bedingte Kinderlosigkeit“ gelten, für die dann das Samenspendeverfahren als „medizinische Maßnahme“ der Wahl in Frage kommt? Damit es angesichts von allzu unbestimmten Rechtsbegriffen nicht zu übermäßigen Auslegungsproblemen kommt, sollte die Politik noch deutlicher klären, welches Indikations- und Leistungsspektrum gemeint sein soll.

Wie also sollte eine Kostenregelung aussehen, wenn im Falle einer schwerwiegenden Fertilitätsstörung beim Mann eine Donogene Insemination der Frau stattfinden soll?

Bei einer Insemination mit Spendersamen geht es immerhin weder um eine unmittelbare Heilbehandlung der männlichen Zeugungsunfähigkeit noch um eine „überbrückende“ Maßnahme am Körper des Mannes, sie findet jedoch als ärztlich ausgeführte Tätigkeit anlässlich einer medizinischen Diagnose männlicher Unfruchtbarkeit statt.

Eine Entscheidung, ob eine Donogene Insemination im Falle gravierender männlicher Infertilität zum Leistungskatalog der Versicherungsträger gehören kann, hängt nach Eindruck des DI-Netzes von dem politischen Willen ab.

### **Europäische Nachbarländer**

Beim Blick ins europäische Ausland<sup>11</sup> sieht man jedenfalls, dass zum Beispiel in Belgien oder in Großbritannien grundsätzlich die Kosten für eine Samenspende durch Sozialversicherungsträger übernommen werden. Dies ist offenbar dann möglich, wenn in einem Land die politische Bereitschaft dazu groß ist.

Ein Rechtsvergleich hinsichtlich der Leistungsansprüche bei Donogener Insemination könnte lohnen. So werden im Bericht der International Federation of Fertility Societies (IFFS) 2016 eine Reihe europäischer Länder aufgeführt, in denen entweder von Seiten der Krankenversicherungen oder von Seiten des Staates Kosten für eine Spendersamenbehandlung übernommen werden. Genannt werden darin Großbritannien, Dänemark, Schweden, Niederlande, Schweiz, Norwegen, Finnland, Portugal, Spanien, Frankreich und Rumänien. Eine Kostenübernahme ist also keineswegs undenkbar, und andere Länder machen Deutschland vor, wie die finanzielle Unterstützung aussehen könnte.

### **Donogene Insemination als Kassenleistung?**

Kinderwunschpaaren ist sehr wohl klar, dass es kein Recht auf ein Kind gibt, und auch dass deutsche Gesetze und Krankenkassen nicht dafür da sind, den Bürgerinnen und Bürgern Kinder zu verschaffen. Auch weiß jeder um die Notwendigkeit des gesetzlichen Krankenversicherungssystems, Kosten für die Solidargemeinschaft zu limitieren.

Doch der Gesetzgeber verfügt hinsichtlich der Ausgestaltung der Leistungsvoraussetzungen und des Leistungsumfangs bei ungewollter Kinderlosigkeit

---

<sup>11</sup> Vgl. zur Kostenerstattung im europäischen Ausland: IFFS Surveillance 2016 Global reproductive health. [https://journals.lww.com/grh/Fulltext/2016/09000/IFFS\\_Surveillance\\_2016.1.aspx](https://journals.lww.com/grh/Fulltext/2016/09000/IFFS_Surveillance_2016.1.aspx) [S. 15-16].



und assistierter Reproduktion über einen sehr weitreichenden Ermessens- und Gestaltungsspielraum. Er hat diesen genutzt, indem er die assistierte Reproduktion unter § 27a SGB V als eigenständigen versicherungsrechtlichen Sondertatbestand aus dem Kernbereich der Krankenversicherungsleistungen herausgenommen hat; er hat - auch aus Kostenersparnisgründen – zahlreiche limitierende Anspruchsvoraussetzungen im § 27a SGB V - aufgestellt, den Leistungsumfang begrenzt und Regelungen mit pauschalisierender Wirkung erlassen, die von besonderen Umständen des Einzelfalls absehen<sup>12</sup>. Ungleichbehandlungen, die dadurch entstehen, mögen zwar als verfassungskonform gelten, zwingend notwendig sind sie allerdings nicht.

Im DI-Netz gibt es viele Kinderwunschpaare, bei denen die Frau gesund ist, der Mann allerdings zum Beispiel aufgrund einer früheren Krebserkrankung, eines früheren Hodenhochstands oder genetisch bedingt eine schwerwiegende Fertilitätsstörung (Azoospermie) aufweist. Die Diagnose trifft die Paare oft wie ein Schlag und sie verursacht einen immensen Leidensdruck. Es ist für viele dann schwer einzusehen, dass diese Unfruchtbarkeit nicht als Krankheit anerkannt wird. Die Donogene Insemination ist dann jedenfalls eine ärztliche Maßnahme, die dem Paar ermöglicht, ein Kind zu bekommen. Das Paar kann aber, aufgrund der jetzigen Bestimmungen in §27a Abs. 1 Nr. 4 SGB V, keinen Leistungsanspruch geltend machen, obwohl sie unter der unverschuldeten und ungewollten Kinderlosigkeit massiv leiden. Das ist für viele Paare ebenfalls schwer einzusehen. Paare berichten oft, dass sie sich als zahlende Versicherungsmitglieder bei der Finanzierung ihrer Behandlung von der Krankenkasse und vom Gesetzgeber im Stich gelassen fühlen.

Aus Sicht des DI-Netzes spricht vieles dafür, eine aufgrund der organisch bedingten Infertilität des Mannes durchgeführte Donogene Insemination in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen.

Es wäre nach Einschätzung des DI-Netzes ebenfalls noch stärker zu prüfen, ob die Donogene Insemination wenn nicht eine Regelleistung so doch wenigstens eine freiwillige Satzungsleistung der gesetzlichen Krankenkassen werden könnte. Der Gesetzgeber kann hier eine Ermächtigungsgrundlage schaffen. Er sollte den Versicherten stichhaltige Gründe nennen, falls dies nicht der Fall sein kann.

Auch könnte man sich noch stärker an dem „Verursacherprinzip“ orientieren, wie es den privaten Versicherungsträgern und der Beihilfe offenbar möglich ist. Dort können manche Versicherungsnehmer einen Leistungsanspruch auch dann geltend machen, wenn bei der Behandlung eine Samenspende zum Einsatz kommt.

---

<sup>12</sup> Vgl. Aschhoff, S. (2011) Ansprüche gegen gesetzliche und private Krankenversicherungen bei künstlicher Fortpflanzung. Nomos.

Es wird nun andererseits auch der Standpunkt vertreten, dass eine Samenspende - selbst wenn sie im medizinischen System durchgeführt wird – einfach keine medizinische Behandlung im klassischen Sinne darstellt. Denn gewöhnlich wird die Zeugungsunfähigkeit des Mannes mit einer Samenspende nicht behandelt sondern umgangen. Auch bei den meisten lesbischen und alleinstehenden Frauen liegt zunächst keine medizinische Begründung für die Donogene Insemination vor.

Daraufhin werden in wieder anderen Ländern die Kosten für eine Donogene Insemination nicht durch die Krankenkasse, sondern aus öffentlichen Mitteln bezuschusst und durch staatliche Fonds übernommen, auch bei lesbischen Frauen. Dies ist beispielsweise in Österreich bei der donogenen IVF der Fall. Auch in Deutschland wäre eine Ausweitung der bisherigen Fördermittel des Bundes unabhängig von der Krankenkassenfinanzierung denkbar.

Unser Fazit: DI-Netz würde eine Kostenübernahme für die betroffenen Personen aus welchem Finanzierungstopf auch immer begrüßen und für begründet halten. Aus Sicht von ungewollt Kinderlosen, die Unterstützung benötigen, ist es irrelevant, ob diese von der Krankenkasse kommt oder beispielsweise als Akt der Sozialpolitik aus Steuergeldern finanziert wird.

Es obliegt dem deutschen Gesetzgeber, festzulegen, woher genau die finanzielle Unterstützung kommen soll. Er verfügt über einen Gestaltungs- und Ermessensspielraum, Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der Krankenkassen zu schaffen (BSG-Urteil v. 18.11.2014 Az. B1 A 1/14R; BVerfGE 117, 316 v. 28.2.2007 ). Er kann sich dazu entschließen den Kreis der Anspruchsberechtigten zu erweitern, er kann sich aber auch gegen eine GKV-Finanzierung entscheiden. Dann trägt er aus unserer Sicht allerdings noch immer Verantwortung dafür, sich über anderweitige finanzielle Hilfen für Betroffene Gedanken zu machen. In vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen sehen wir, dass die deutsche Politik den finanziellen Nöten von Bürgern entgegenkommt (s. z.B. Teilhabegesetz). Wir wünschen uns ein solches Entgegenkommen auch für Menschen, die, um ein Kind zu bekommen, auf eine Kinderwunschbehandlung beziehungsweise eine Samenspende angewiesen sind. Wenn schon nicht die Solidargemeinschaft der Krankenkasse greift, dann doch wenigstens die Solidarität der Gesellschaft.

### **3. Argumentationen**

Abschließend möchten wir noch auf zwei kritische Standardargumente eingehen, denen wir im Zuge der bisherigen politischen Debatten immer wieder begegnet sind. Wir gehen davon aus, dass sie in der aktuellen Diskussion um die Ausweitung der Förderung der künstlichen Befruchtung erneut auf den Tisch kommen:

## **Stichwort: Kindeswohl**

Regelmäßig wird von Gegnern der Samenspende behauptet, sie sei deswegen nicht förderungswürdig, da sie aus Kindeswohl-Gründen ethisch nicht vertretbar sei. Meist wird in düstersten Farben ausgemalt, wie eine Samenspende per se das Wohlergehen der so gezeugten Kinder gefährde und wie gestört das Familienleben sei, das daraus erwachse. Allerdings handelt es sich dabei meist um bloße Vermutungen und ideologisch motivierte Behauptungen.

Aus Sicht des DI-Netzes entwickeln sich die Kinder - wenn Familien offen mit der Tatsache der Samenspende umgehen - so normal wie andere Kinder auch. Auch die Familie funktioniert so normal wie andere Familien auch, selbst wenn man zusätzlichen Herausforderungen begegnen muss, da man dem Beitrag des Samenspenders und der besonderen Familienkonstellation eine Bedeutung zuzuweisen hat.

Es gibt in dieser Frage international keine repräsentativen wissenschaftlichen Untersuchungen, doch die üblicherweise zitierten wissenschaftlichen Studien von GOLOMBOK<sup>13</sup> und von RUPP<sup>14</sup> weisen gleichlautend und mit starker Tendenz in die Richtung, dass die besondere Zeugungsart der Samenspende die kindliche Entwicklung nicht negativ beeinflusst.

DI-Netz fordert repräsentative wissenschaftliche Langzeitstudien zum Familienalltag und zur Entwicklung von Kindern nach Samenspende. Diese sind vor allem deswegen nötig, um die betroffenen Familien von dem Rechtfertigungsdruck zu entlasten, der Öffentlichkeit immer wieder zeigen zu müssen, dass eine Samenspende für die Familienbildung nicht schädlich ist und dass die eigenen Kinder ganz normale Menschen sind.

Wenn die Politik über die Kinder aus Samenspende nachdenkt, dann bitten wir sie zu berücksichtigen, dass wir heute in Deutschland unterschiedliche Alterskohorten von Kindern vorfinden. Die „Spenderkinder“ sind Kinder ihrer Zeit. Manche, heute längst erwachsene „Spenderkinder“ sind in den 80er, 90er Jahren unter Bedingungen von unbedingter Geheimhaltung und gesellschaftlicher Stigmatisierung gezeugt worden und aufgewachsen. Sie wurden in der Regel erst spät und unter ungünstigen Umständen aufgeklärt, und sie bekamen oft nicht die Möglichkeit, zu erfahren, von welchem Mann sie abstammen. Es ist mehr als verständlich, dass diese Menschen sich gegen das Unrecht, das ihnen widerfahren ist, öffentlich zur Wehr setzen. Es wäre auch verständlich, wenn sie nicht viel von dem Samenspendeverfahren als solches halten. Wird dagegen heute, 30 bis 40 Jahre später in Deutschland ein Kind mit Hilfe einer donogenen

---

<sup>13</sup> Golombok, S. (2015) *Modern Families. Parents and Children in New Family Forms*. Cambridge: Cambridge University Press.

<sup>14</sup> Rupp, M. (Hrsg.) (2009): *Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften*. Köln: Bundesanzeiger Verlag.

Insemination gezeugt, dann gibt es andere Voraussetzungen. Es herrscht bei den Eltern insgesamt eine viel größere Offenheit, mit ihren Kindern über die Samenspende zu sprechen, und seit neuestem gibt es zudem das zentrale Samenspenderregister, bei dem die Kinder die Identität des Samenspenders erfahren können und zwar, das ist auch international vorbildlich, von Geburt an (SaRegG § 10 Abs. 3 )<sup>15</sup>.

### **Stichwort: Erfolgsaussichten**

Ein weiterer Grund, warum assistierte reproduktionsmedizinische Behandlungen manchmal nicht im Sinne der GKV für förderungswürdig gehalten werden, ist der Vorwurf einer vermeintlich zu geringen Erfolgsquote. Eine schlechte Prognose widerspräche dem Wirtschaftlichkeitsgebot einer GKV-Finanzierung.

Es kommt in der Tat oft vor, dass Kinderwunschbehandlungen trotz aller Bemühungen erfolglos bleiben. Die neuen Richtlinien der BÄK weisen auf die Gefahr überhöhter Erfolgsversprechen und allzu technischer Erwartungen deutlich hin. Hierüber muss man Kinderwunschpatientinnen im ärztlichen Gespräch aufklären.

Hinsichtlich der Häufigkeit von Misserfolgen und Erfolgen gehen die Zahlenangaben der Kritiker und der Befürworter der Reproduktionsmedizin allerdings regelmäßig auseinander.

Es kommt bei der Einschätzung des Erfolges reproduktionsmedizinischer Maßnahmen erheblich auf die kumulative Geburtenrate an. Das heißt: Was zählt, ist der Erfolg nach mehreren Versuchen. Hier ähnelt die Reproduktionsmedizin durchaus der natürlichen Zeugung, denn dort wird man auch nicht immer sofort im nächsten Zyklus schwanger. Das Geschehen der Fortpflanzung ist komplex und multifaktoriell, auch in der Fortpflanzungsmedizin ist dies so. Wesentliche Einflussfaktoren sind das Alter der Frau oder aber auch die gewählte Methode eines Kinderwunschzentrums.

So gibt es zwar keine Erfolgsgarantien, aber folgt man den allgemeinen Statistiken des Deutschen IVF-Registers lässt sich bei IVF/ICSI nach drei durchgeführten Behandlungszyklen in etwa der Hälfte aller Fälle eine Lebendgeburt erwarten. Nach vier Behandlungszyklen sind es 60 Prozent und nach sechs Behandlungszyklen

---

<sup>15</sup> Grundrechte zukünftiger Kinder werden nach Einführung des SaRegG nicht mehr verletzt. Das SaRegG und die bisherige gesetzliche Regulierung in Deutschland weisen aus Sicht des DI-Netzes jedoch noch Regelungslücken auf, die im Interesse der Kinder behoben werden sollten. Offene Forderungen des DI-Netzes sind a) eine Begrenzung der Anzahl der so gezeugten Kinder pro Spender, b) ein ergänzendes freiwilliges Register für die Kontaktaufnahme zu genetischen Halbgeschwistern, c) eine psychosoziale Mediationsstelle für die Kontaktaufnahme zwischen Kind und Spender d) die Förderung von wissenschaftlicher Begleitforschung (u.a. statistische Erfassung der Geburten pro Jahr) e) die Sicherstellung von Spenderdaten aus Samenbanken und Arztpraxen, die in den letzten Jahren geschlossen wurden.

altersabhängig 72 bis 86 Prozent. Es braucht also mindestens vier Behandlungszyklen, damit die Mehrzahl der Patientinnen ein Kind bekommt<sup>16</sup>.

Die Erfolgswahrscheinlichkeit pro Zyklus, also eines einzelnen Versuches, ist selbstverständlich geringer: Nach dem Deutschen IVF-Register 2016 führten 20 Prozent aller begonnenen IVF- und ICSI-Zyklen zur Geburt mindestens eines Kindes. Im Bereich der Samenspende errechnete die interne Statistik des deutschen AK-DI (Arbeitskreis Donogene Insemination) 2011 eine Schwangerschaftsrate nach einer donogenen IVF/ISCI von 37,8 Prozent. Laut europäischer Statistik liegt die durchschnittliche Geburtenrate bei der Insemination mit Spendersamen mit 13,7 bis 17,6 Prozent je Zyklus noch um wenige Prozentpunkte höher als bei der homologen Insemination<sup>17</sup>.

Statistiken beziehen sich allerdings ohnehin nur auf die Allgemeinheit. Im Einzelfall sieht es oft anders aus, und dieser sollte von den Krankenkassen auch geprüft werden. Im Einzelfall spielen individuelle Faktoren und eine Verlaufsdiagnostik eine große Rolle. Die derzeitige Regelung, dass ein individueller Kostenplan erstellt werden muss und dass dieser genehmigungspflichtig ist, ist daher sinnvoll.

Im subjektiven Fall zählt für ungewollt kinderlose Menschen der Vergleich zwischen ihrer wahrgenommenen nullprozentigen Chance, auf natürlichem Wege ein Kind zu bekommen, und den immer noch höheren allgemeinen Erfolgswahrscheinlichkeiten der Reproduktionsmedizin.

Wenn eine GKV-Finanzierung deswegen abgelehnt wird, weil die Geburtenrate als zu gering angesehen wird, dann ist dies für all diejenigen deutschen Bürger und Bürgerinnen, die der Reproduktionsmedizin ein Kind zu verdanken haben und ohne sie kinderlos geblieben wären, äußerst befremdlich. In Deutschland wurden bisher ungefähr eine viertel Million Menschen durch assistierte Reproduktion gezeugt. Jährlich kommen etwa 20 000 nach In-Vitro-Fertilisation, und über 1 000 Kinder nach Samenspende hinzu. Weltweit gibt es heute mehr als acht Millionen Menschen, die durch reproduktionsmedizinische Hilfen zur Welt gekommen sind<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Deutsches Jahrbuch IVF Register 2014. <https://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/downloads/dir-2014-d-1.pdf>

<sup>17</sup> Ferraretti, A. P. (et al) Trends over 15 years in ART in Europe: an analysis of 6 million cycles. *Human Reproduction Open*, Volume 2017, Issue 2

<sup>18</sup> <https://www.eshre.eu/ESHRE2018/Media/ESHRE-2018-Press-releases/De-Geyter.aspx>

**DI-Netz e.V. -  
Deutsche Vereinigung von Familien nach Samenspende**

Vorsitzende: Dipl.-Psych. Claudia Brügge

Turnerstr. 49  
33602 Bielefeld

Postfach 100966  
33509 Bielefeld

Tel: 0521 - 9679103

[info@di-netz.de](mailto:info@di-netz.de)  
[www.di-netz.de](http://www.di-netz.de)