

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0045(9neu)
gel. VB zur öAnh am 28.11.2018 -
Kostenübern. künstl. Befruchtung
26.11.2018

WUNSCHKIND e.V.

Der Verein der Selbsthilfegruppen
für Fragen ungewollter Kinderlosigkeit

WUNSCHKIND e.V. · c/o Gaby Ziegler, Metzgeshauser Weg 20, 42489 Wülfrath

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Geschäftszeichen: PA 14 – 5410 - 30
Herrn Erwin Rüddel MdB
Vorsitzender

Platz der Republik 1
11011 Berlin

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

22.11.2018

Einladung zur öffentlichen Anhörung am 28.11.2018

Stellungnahme zum Gesetzesentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Gleichstellung verheirateter, verpartnerter und auf Dauer in einer Lebensgemeinschaft lebender Paare bei der Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherung für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung - BT-Drucksache 19/1832

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE

„Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen“ - BT-Drucksache 19/5548

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
sehr geehrte Damen und Herren,

Wunschkind e.V. begrüßt die Initiative der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und ihren Gesetzesentwurf, der dazu führen soll, dass Paare, die auf dem herkömmlichen Weg nicht Eltern werden können, bei der Finanzierung ihrer Kinderwunsch-Behandlung gleichgestellt werden sollen mit denen, die ihre Krankheitskosten vollständig finanziert bekommen. Gleichgestellt unabhängig davon, ob sie verheiratet oder nicht verheiratet sind, ob sie in einer verschiedengeschlechtlichen oder in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben und

unabhängig davon, ob eine homologe oder eine heterologe Insemination stattfinden soll.

Zugleich begrüßt Wunschkind e.V. den Antrag der Fraktion DIE LINKE insofern, dass die Durchführung medizinischer Kinderwunschbehandlungen größtmöglich durchgeführt werden kann, auch bei denjenigen, die ohne dauerhafte Partnerschaft schwanger werden möchten, bei Menschen mit geringem Einkommen und bei Menschen außerhalb der gegenwärtigen Altersbeschränkungen. Die Abschaffung der vom Wohnort abhängigen unterschiedlichen Bezuschussung halten wir ebenfalls für sinnvoll sofern der zukünftig von der GKV bezuschusste Anteil mindestens 75% beträgt.

Paare, die sich ein Kind wünschen, haben ein Recht „darauf, dass sie bei der Chance auf Elternschaft nicht gesetzlich benachteiligt werden.“ Dafür tritt unser Verein schon seit vielen Jahren ein. Wir haben in der Vergangenheit mit vielen öffentlichen Aktivitäten, Initiativen und in vielen politischen Gesprächen versucht, hier Änderungen in diesem Sinne zu erwirken.

Wiederholt haben wir kritisiert, dass das Gründen einer Familie in unserem Land unter bestimmten Voraussetzungen ein Privileg der Besserverdienenden ist. Nämlich dann, wenn man hierfür auf medizinische Behandlung angewiesen ist und die Kosten, die schnell die Dimension der Fünfstelligkeit erreichen, selbst oder zum großen Teil selbst tragen muss.

Deshalb beobachten wir mit Freude, dass man sich nun im Deutschen Bundestag gleichzeitig sowohl mit der Rechts- als auch mit der Kostenproblematik befasst. Nachdem der o.g. Gesetzentwurf der GRÜNEN, zu dem es bereits im Oktober 2015 eine Öffentliche Anhörung gab, aufgrund von Rechtsunsicherheiten abgelehnt wurde, hat der Gesetzgeber zuerst die Rechtsunsicherheiten weitestgehend beseitigt (Ein Samenspenderregister sorgt jetzt für die Umsetzung des Rechtes auf Kenntnis der eigenen Abstammung und befreit gleichzeitig den Samenspender von Unterhaltspflichten. Und: Mittlerweile können auch gleichgeschlechtliche Paare heiraten.) und beschäftigt sich nun erneut mit der Frage nach der Gleichberechtigung bei der Kostenübernahme reproduktionsmedizinischer Unterstützung der Familiengründung. Zudem gibt es nun nicht mehr nur den Gesetzentwurf der GRÜNEN, sondern auch Initiativen aus weiteren Parteien, nämlich den o.g. Antrag der LINKEN sowie auch einen Antrag der FDP „Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern“ (BT-Drucksache 19/585).

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

Wir hoffen nun, dass es zügig zu einer Erweiterung des Begünstigtenkreises bei der Kostenübernahme kommt. Sollte die Kostenübernahme für eine der hier betrachteten Gruppen aufgeschoben werden müssen, bitten wir darum, dass zunächst eine Erweiterung der Kostenübernahme für die anderen Gruppen erfolgt. Viele Paare können nicht noch einmal drei Jahre warten.

Das Recht auf Familiengründung

Da Fortpflanzungsbehinderung eine Krankheit ist, haben auch fortpflanzungsbehinderte Menschen das Recht, gegenüber anderen Menschen mit anderen Krankheiten nicht diskriminiert zu werden. Zumindest könnte die Benachteiligung ungewollt Kinderloser oder spezieller ungewollt Kinderloser den unmittelbaren Beeinträchtigungen zugeordnet werden, genauso, wie die Bundesregierung eine ungünstigere Behandlung einer Frau wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft den unmittelbaren Beeinträchtigungen zuordnet.

Laut EU-Charta, Artikel 9 und 21, gibt es das Grundrecht auf das Gründen einer Familie und das Verbot von Diskriminierung:

Artikel 9: „Das Recht, eine Ehe einzugehen, und das Recht, eine Familie zu gründen, werden nach den einzelstaatlichen Gesetzen gewährleistet, welche die Ausübung dieser Rechte regeln.“

Artikel 21: „(1) Diskriminierungen, insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, der Religion oder der Weltanschauung, der politischen oder sonstigen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung, sind verboten.“

In Artikel 10 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) steht geschrieben: „Die Vertragsstaaten erkennen an,
1. dass die Familie als die natürliche Keimzelle der Gesellschaft größtmöglichen Schutz und Beistand genießen soll, insbesondere im Hinblick auf ihre Gründung ...“

Artikel 23 (1b) des Übereinkommens über die Rechte behinderter Menschen fordert, dass „das Recht behinderter Menschen auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über Anzahl ihrer Kinder und Geburtenabstände sowie auf Zugang zu altersmäßiger Information, Aufklärung über Fortpflanzung und Familienplanung anerkannt wird und ihnen die notwendigen Mittel zur Wahrnehmung dieser Rechte bereit gestellt werden.“

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

Nach dem 2006 von der deutschen Bundesregierung erlassenen Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) darf gemäß §1 unter anderem niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Nach §2 (1), Ziff. 5 und 6 dieses Gesetzes gilt das auch in Bezug auf Gesundheitsdienste und auf soziale Vergünstigungen. Da eine Fortpflanzungsbehinderung auch eine Behinderung ist, müssen demnach auch bei dieser Behinderungsform Gesundheitsdienste und soziale Vergünstigungen für alle Betroffenen angeboten werden.¹

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

Unerfüllter Kinderwunsch ist nach der Definition der WHO eine Krankheit. Es liegt ein regelwidriger Zustand des Körpers (des Geistes oder der Seele) vor, der der Krankenbehandlung bedarf. Auch der Bundesgerichtshof stellt in einem Urteil vom 17. Dezember 1986, Aktenzeichen: IVa ZR 78/85, fest, dass ungeachtet der jeweiligen Ursache im Tatbestand Fortpflanzungsunfähigkeit Krankheit zu sehen ist.² Unstrittig ist, dass Sterilität eine anerkannte Krankheit ist und Fortpflanzungsbeeinträchtigung von medizinischen Gutachtern als Behinderung/ körperliche Funktionsstörung eingestuft wird.³

Die Fortpflanzungsfähigkeit gehört zu den biologischen Grundvoraussetzungen des menschlichen Lebens wie Ernährung, Bewegung und Kommunikation. Störungen derselben stellen somit ein erhebliches biologisches Defizit dar.

Eine assistierte Befruchtung kann bei Erfolg die Krankheit „Fortpflanzungsbehinderung“ heilen bzw. deren Folgeschäden beseitigen. Die Entscheidung eines Paares, bei entsprechender Indikation zur Erfüllung eines Fortpflanzungsbedürfnisses eine assistierte Befruchtung durchführen zu lassen, muss unabhängig von persönlichen finanziellen Mitteln und unabhängig von der daraus hervorgehenden Familienform getroffen werden können.

Die Benachteiligung verschiedener Gruppen bei der Finanzierung ihrer Familien- gründung

Der Gesetzesvorschlag der GRÜNEN soll zur Gleichstellung von drei bisher benachteiligten Gruppen führen. Erstens sind dies unverheiratete Paare, zweitens sind

¹ Antidiskriminierungsgesetz der Bundesrepublik Deutschland von 2006

² Neue Juristische Wochenzeitschrift 1987; 703 – 704; II 2 b:BGH-Urteil vom 17.12.1986 – IV a ZR 78/85

³ in D "AHP" 2003 vom Bundessozialgericht anerkannte "Anhaltspunkte" für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem (früher Schwerbehindertengesetz inzw. SGB IX), auch nach WHO-Definition "ICF" = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Gültige Klassifikationen der Sterilität (siehe dazu: <http://www.dimdi.de/de/klassi/index.htm>); ICD 10 : N97 + N46; ICF: b 660 + b 6600 ; AHP: 26.13 + 26.14

dies Frauenpaare mit Kinderwunsch und drittens sind dies heterosexuelle Paare mit Kinderwunsch, die zu ihrer Familiengründung auf eine Spendersamenbehandlung angewiesen sind. Wir wiederholen im Folgenden unsere Stellungnahme vom Oktober 2015 zu diesen drei Gruppen.

Unverheiratete Paare

Die Übernahme der Leistung von der Ehe abhängig zu machen, widerspricht unserer modernen Gesellschaft mit einem sehr stark steigenden Anteil (auf Dauer angelegter) nichtehelicher Lebensgemeinschaften mit Kindern.

Unverheiratete Paare, die aufgrund einer Fortpflanzungsbehinderung eine reproduktionsmedizinische Behandlung wünschen und nicht über das Geld für eine eigene Finanzierung verfügen, werden mit dieser Regelung zum Heiraten gezwungen. Das jedoch widerspricht dem Artikel 16 (1b) CEDAW, der das Recht auf „Eheschließung nur mit freier und voller Zustimmung“ festgeschrieben hat.

Im Allgemeinen erhalten unverheiratete Paare heute ihre Kinderwunsch-Behandlung. Offenbar finden ihre behandelnden Ärzte wohl heraus, ob die Lebensgemeinschaft „auf Dauer angelegt“ ist und somit in dem jeweiligen Fall eine Behandlung vorgenommen werden kann oder nicht.

Davon abgesehen aber empfinden wir den Begriff „auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft“ als rechtlich zu diffus. Wer bewertet, ob eine Lebensgemeinschaft auf Dauer angelegt ist? Welche Kriterien gibt es dafür? Schon bei der letzten Anhörung wurde darüber diskutiert. Insofern sollte noch überlegt werden, wie man den Begriff rechtlich exakter definieren kann. Sonst sehen wir die Gefahr weiterer rechtlicher Unsicherheit. Im Sinne des Kindeswohl wäre eine Möglichkeit, dass die Betroffenen eine gemeinsame Sorge für das Kind vereinbaren und dies erklären, sowohl bei einer festen Lebensgemeinschaft als auch beim „Co-Parenting“⁴

Möglicherweise ist es sinnvoller, statt einer "auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft" eine Verpflichtung zur "elterlichen Sorge" für das Kind von 2 Personen als Voraussetzung für die Kostenübernahme zu verlangen. Nicht verheiratete Paare könnten zukünftig vor der Behandlung eine schriftliche Erklärung abgeben, dass sie gemeinsam als Eltern für das zukünftige Kind sorgen werden. Diese Erklärung

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

⁴ Siehe <https://de.wikipedia.org/wiki/Co-Parenting>

könnte vor einem Notar abgegeben werden. Eine notarielle Erklärung wird heute bereits von vielen Ärzten vor einer heterologen Insemination verlangt.

Viele unverheiratete Paare sehen sich in ihrer Lebensführung bevormundet, wenn sie nicht über die finanziellen Mittel für die Selbstzahlung ihrer Kinderwunsch-Behandlung verfügen und sie damit gezwungen sind, zu heiraten, damit die gesetzliche Krankenkasse die Kostenbeteiligung übernimmt.

Der Grundgedanke der Gleichberechtigung ist jedoch, dass gleiche Voraussetzungen zu gleichen Rechten führen sollen. Die Kostenübernahme der GKV ist an eine medizinische Diagnose gebunden. Die Diagnose Fertilitätsstörung fragt nicht danach, ob ein Paar verheiratet ist oder nicht.

Frauenpaare

Auch Frauenpaare, die Eltern werden möchten, haben ihre Beiträge zur Krankenversicherung bezahlt. Insofern ist nicht einzusehen, dass ihnen die Kostenübernahme für ihre Kinderwunsch-Behandlung versagt wird. Insbesondere dann nicht, wenn bei ihnen medizinische Gründe vorliegen, die medizinische Hilfe erforderlich machen. Der Gesetzgeber darf nicht verlangen, dass dann eben diejenige Partnerin ohne Fortpflanzungsproblem die Kinder austrägt.

Das wäre ein unzulässiger Eingriff in die Lebensführung der betreffenden Paare.

Auf den o.g. Umstand weisen wir an dieser Stelle noch einmal gesondert hin, weil er bei der Anhörung im Oktober 2015 thematisiert wurde. Es wurde gefragt, wieviele Frauenpaare mit Kinderwunsch es denn gäbe, bei denen beide Partnerinnen medizinische Hilfen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft benötigen würden. Diese Fragestellung war darauf gerichtet, dass nur in diesen Fällen eine Unterstützung vonnöten wäre. Sie lässt jedoch außer Acht, dass ein Kinderwunsch vielschichtig ist und sich nicht nur auf das Resultat, das Kind, beschränkt. Zum Kinderwunsch gehört oft auch das legitime Bedürfnis einer Frau nach dem Erleben einer Schwangerschaft und danach, die eigenen Gene weiterzugeben. So können durchaus beide Partnerinnen bei einem Frauenpaar unterschiedliche Gefühle in Bezug auf die eigene Fortpflanzung haben. Vielleicht kann sich gerade die Frau, die keine medizinische Unterstützung benötigen würde, nicht vorstellen, ein Kind auszutragen während die Austragung eines Kindes für die andere Frau, die reproduktionsmedizinische Hilfe benötigt, ein existenzieller Wunsch ist.

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

Insbesondere dann, wenn medizinische Gründe vorliegen, darf einer Frau nicht deshalb die gesellschaftliche Unterstützung zu ihrer Familiengründung versagt werden, nur weil sie in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung lebt. In solchen Fällen ist die derzeitige gesetzliche Regelung für diese Frauen diskriminierend und entspricht somit nicht unserem Grundgesetz.

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

Die Solidargemeinschaft sollte unserer Meinung nach auch denjenigen Frauen Hilfe zu ihrer Familiengründung gewähren, bei denen keine medizinischen Gründe für reproduktionsmedizinische Hilfen vorliegen. Das wäre auch symbolisch eine Anerkennung ihrer Familienform und würde gleichzeitig gesundheitliche und rechtliche Risiken verhindern, die bei der Familiengründung mittels eines privaten Sponsors bestehen können.

Es gibt diverse Studien, die zeigen, dass Kinder in Regenbogenfamilien genauso gut gedeihen wie in Mutter-Vater-Kind-Familien⁵. Eine dieser Studien wurde von der Bundesregierung selbst beauftragt. Deshalb ergibt es keinen Sinn, diese Art der Familiengründung nicht zu unterstützen.

Wir möchten in diesem Zusammenhang auch darauf hinweisen, dass der größte Wunsch der Frauenpaare mit Kinderwunsch nicht vorrangig die Kostenübernahme ist, sondern eine rechtliche Regelung. Insbesondere müssen diese Familien sehr lange darauf warten, dass ihre „Stiefkind-Adoption“ abgeschlossen wird und damit dann beide Eltern als gleichwertige Eltern anerkannt werden. Diese Situation ist für die Betroffenen untragbar.

Heterosexuelle Paare mit Kinderwunsch, die aufgrund ihrer Diagnose auf einen Samenspender angewiesen sind

Die Formulierungen im Gesetzentwurf der Grünen Bundestagsfraktion lassen darauf schließen, dass auch heterosexuelle Paare, die auf einen Samenspender angewiesen sind, nun endlich gegenüber den Paaren, die mithilfe eigener Samenzellen Kinder zeugen können, als gleichwertig betrachtet werden sollen. Auch diesen Schritt begrüßen wir ausdrücklich.

⁵ Dokumente lesbisch-schwuler Emanzipation Nr. 16, „Lesben und Schwule mit Kindern - Kinder homosexueller Eltern“, Lela Lähnemann, herausgegeben von der Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, 1996, Berlin-Kreuzberg

Brewaeys, Dufour und Kentenich (2005): Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung lesbischer und alleinstehender Frauen berechtigt?, *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*; 2(1), S.35-40

Jedoch vermissen wir im Allgemeinen Teil des Gesetzentwurfs einen Satz, der diesen Schritt begründet. Auch im Besonderen Teil wird nicht auf diese Familienform eingegangen. Insofern erscheint uns der Gesetzentwurf widersprüchlich bzw. unvollständig.

Heterosexuelle Paare, die ihre Familie aufgrund ihrer Diagnose mittels einer Samenspende gründen müssen, sind häufig verheiratet. Und trotzdem sind sie bisher von der Kostenübernahme ausgeschlossen. Deshalb müsste diese Gruppe explizit im späteren Gesetz erwähnt werden.

Es kann nicht hingenommen werden, dass einer Frau nur deshalb das Recht auf Kostenerstattung für ihre Behandlung abgesprochen wird, weil sie mit einem Mann verheiratet ist, der nicht zeugungsfähig ist. Der Gesetzgeber darf nicht verlangen, dass eine Frau sich ihren Ehemann/ Lebenspartner nach dem Merkmal der Fortpflanzungsfähigkeit aussuchen muss. Dies kommt auch einer Diskriminierung aller zeugungsunfähigen Männer gleich.

Bestehen zusätzlich zur Zeugungsunfähigkeit des Mannes auch Fruchtbarkeitsprobleme bei der Frau, so ist auch diese ungerechtfertigter Weise von der Kostenerstattung ausgeschlossen. Eine Frau mit verschlossenen Eileitern und einem fruchtbaren Mann z.B. bekommt ihre Behandlung zumindest teilweise von der GKV bezahlt, eine Frau mit verschlossenen Eileitern und unfruchtbarem Mann bleibt auf ihren Behandlungskosten allein sitzen.

Der derzeitige Ausschluss von Paaren, die aufgrund der Unfruchtbarkeit des Mannes von der Kostenübernahme durch die GKV ausgeschlossen sind, ist für die Betroffenen und deren Kinder diskriminierend. Denn eine Nichtanerkennung durch Verweigerung von Leistungen, die andere Gruppen erhalten, ist ja auch Ausdruck dafür, dass man die Betroffenen nicht für wert hält, diese Leistung zu empfangen.

Der Ausschluss von der Kostenübernahme wirkt nicht nur diskriminierend, sondern verstärkt auch das Stigma, das über einer bestimmten Familienform schwebt. Stigmatisierung wiederum wirkt sich auch ungünstig auf das Kindeswohl aus.

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

Im Folgenden erhalten Sie unsere Stellungnahme zu den benachteiligten Gruppen, die im Antrag der Fraktion DIE LINKE zusätzlich genannt wurden.

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

Ungewollt Kinderlose mit geringem Einkommen

Die derzeitige gesetzliche Regelung sieht vor, dass nur bis zu 3 Versuche einer In-Vitro-Fertilisation und bis zu 8 Inseminationen von der GKV zur Hälfte bezuschusst werden sofern die weiteren Voraussetzungen vorliegen. Selbst dann, wenn man zum vom Gesetzgeber vorgesehenen Begünstigtenkreis gehört, kann das teuer werden.

Wir leben nun in einer Situation, in der die Möglichkeit der Fortpflanzung bei fortpflanzungsbehinderten Paaren davon abhängt, ob ein Paar über die für seine Behandlung nötigen finanziellen Mittel verfügt. Der Betrag, den die Kinderwunschpatienten für eine In Vitro Fertilisation zu tragen haben, ist für den Normalverdiener viel zu hoch. Eine In-vitro-Fertilisation wird, wenn sie zur Hälfte von der GKV finanziert wird, nach dem EBM berechnet und kostet mit Medikamenten durchschnittlich zwischen 3.000 und 3.200 €. Die Hälfte davon muss von den Wunscheltern selbst finanziert werden, also pro Versuch meistens knapp 2.000 Euro. Wenn es in den ersten 3 Versuchen keinen Erfolg gibt, dann müssen weitere Versuche nach der GOÄ bezahlt werden. Dann kostet die IVF zwischen 4.000 € und 6.000 €, die ICSI zwischen 4.500 und 8.000 €. ⁶ Hinzu kommen oft noch die Kosten für die Kryokonservierung von Embryonen und für die Kryozyklen, auf deren Kostenübernahme durch die Krankenkasse die Wunscheltern meistens verzichten, da sie sich ihre finanzierten Versuche lieber für mögliche weitere – deutlich kostenintensivere - Frischzyklen aufheben wollen.

Für einen hohen Staatsbeamten mit 10.000 Euro Einkommen im Monat wäre es natürlich kein Problem, so eine Behandlung zu finanzieren. Die Verkäuferin im Supermarkt, die Frisörin oder die Altenpflegerin mit dem Mindestlohn jedoch hat mit der gegenwärtigen Regelung wesentlich geringere Chancen, ihren Kinderwunsch zu verwirklichen.

⁶ unterschiedlicher individueller Bedarf sowie unterschiedliche Kosten in verschiedenen Arztpraxen

Die Insemination kostet nach dem EBM um die 100 €. Hinzu kommen Kosten von Medikamenten bis zu 600 €⁷. Der Eigenanteil für die ersten 8 unstimulierten Inseminationen liegt pro Insemination meist um die 60 €, bei stimulierten Inseminationen kann der Eigenanteil auf 350 € steigen. Im Schnitt werden mehr als 10 Inseminationen notwendig bis der gewünschte Erfolg eintritt. Ab dem 12. Versuch kann jeder einzelne Versuch – vollfinanziert und nach der GOÄ berechnet bei Stimulierung mit Medikamenten – 700 € - 1.000 € kosten.

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

Das IVF-Register zeigt, dass die Zahl der Behandlungen nach der Gesundheitsreform 2004, die die Kostenübernahmen deutlich reduzierte, insbesondere in den ärmeren Bundesländern zurückgegangen ist. In Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen war die Anzahl der Punktionszyklen 2004 gegenüber 2002 um 44 - 51% zurückgegangen, während dieser Rückgang in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Hessen nur zwischen 20 und 28% lag⁸. Das Durchschnittsalter der Frauen, die sich behandeln lassen, ist seit 2003 um gut 2 Jahre gestiegen⁹, da viele Paare erstmal sparen müssen. Hier wird kostbare Zeit verplempert, denn mit jedem Jahr sinken die Erfolgsaussichten.

Ungewollt Kinderlose ohne dauerhafte Partnerschaft

Ein Kinderwunsch ist nicht unbedingt von einer dauerhaften Partnerschaft abhängig. Viele Frauen denken ihr ganzes Leben bereits daran, dass sie irgendwann Kinder haben wollen, haben jedoch mit 30 oder 35 immer noch nicht den dazu passenden Partner gefunden. Die biologische Uhr beginnt laut zu ticken und immer mehr Frauen denken jetzt über Alternativen nach. Einige Frauen entscheiden sich nun dazu, ein Kind auch ohne Partner zu bekommen, andere entscheiden sich für das so genannte Co-Parenting. Sie suchen einen Mann, der bereit ist, mit ihnen zusammen in gemeinsamer Verantwortung ein Kind großzuziehen ohne dass eine Liebesbeziehung vorliegt und meist auch ohne dass eine gemeinsame Wohnung geteilt wird. Es gibt Männer, die diesem Familienmodell ebenfalls offen gegenüberstehen.

Häufig entstehen solche Familien ohne ärztliche Hilfe, jedoch können auch diese Frauen medizinische Unterstützung benötigen. Wenn wir als Gesellschaft Frauen

⁷ Inseminationen können mit, aber auch ohne Unterstützung von Medikamenten durchgeführt werden. Ob und welche Medikamente eingesetzt werden, das hängt von den individuellen Voraussetzungen ab.

⁸ www.deutsches-ivf-register.de, Jahresbericht 2004, Seite 10

⁹ www.deutsches-ivf-register.de

mit medizinischer Indikation Unterstützung gewähren, dann widerspricht es dem Gleichbehandlungsgrundsatz, den o.g. Frauen die Unterstützung zu verwehren.

Uns ist bewusst, dass die GKV-Finanzierung von reproduktionsmedizinischer Unterstützung von alleinstehenden Frauen mit Blick auf das Kindeswohl kontrovers diskutiert wird und dass es auch hier noch einen rechtlichen Regelungsbedarf sowie Forschungsbedarf gibt. Sollte sich der Gesetzgeber zunächst gegen eine Finanzierung von reproduktionsmedizinischen Hilfen für alleinstehende Frauen aussprechen, so sollte er damit nicht gleich auch die Gleichstellung in allen anderen o.g. Fällen scheitern lassen.

Gleichwohl verhindert die fehlende Kostenübernahme das Entstehen vieler Kleinfamilien, die nur aus Mutter und Kind bestehen, allenfalls bei Frauen mit geringem Einkommen. Die Zahl der alleinstehenden Frauen, die mit medizinischer Unterstützung Mutter werden, ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Auch ohne Finanzierung durch die GKV werden sich immer mehr alleinstehende Frauen ihren Kinderwunsch erfüllen. Sie und ihre Kinder müssen als Teil unserer Gesellschaft akzeptiert werden.

Die Altersbeschränkungen

Die von der Bundesregierung festgesetzten Altersgrenzen sind willkürlich und führen zu einer ungerechtfertigten Benachteiligung bestimmter Paare, denen mit reproduktionsmedizinischen Leistungen noch zum eigenen Kind geholfen werden könnte.

Wunschkind e.V. plädiert dafür, in jedem Fall die Altersbeschränkungen für unter 25-jährige Volljährige aufzuheben. Diese Altersbeschränkung macht in den meisten Fällen keinen Sinn. Sie verlagert die Familienplanung in eine Zeit, zu der die Fruchtbarkeit der Frau bereits abgenommen hat. Außerdem zwingt sie einige Frauen dazu, ihre Karriereplanung umzuverlagern. Beispielsweise klagen junge Lehrerinnen darüber, dass der zwangsläufig aufgeschobene Kinderwunsch dazu führt, dass die Beamtenlaufbahn erst viel später begonnen werden kann oder aber dass aufgrund der Beamtenlaufbahn die Realisierung des Kinderwunsches noch deutlich länger als bis nach dem 25. Geburtstag verschoben werden muss.

Die Kompromisslösung bei der Gesundheitsreform 2004 wollte dafür sorgen, dass junge Frauen, die aufgrund ihres Alters noch Zeit mit der Familienplanung haben, diese Zeit nutzen, um vielleicht doch noch auf dem herkömmlichen Weg

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

schwanger zu werden. Das mag in einigen Fällen sinnvoll sein, jedoch nicht dann, wenn eine eindeutige Diagnose vorliegt, die das Zustandekommen einer Schwangerschaft auf dem herkömmlichen Weg ausschließt.

Für Frauen über 40 wünschen wir uns eine Regelung wie vor der Gesundheitsreform 2004. Damals hing die Finanzierung durch die GKV von der individuellen Indikation ab. Die Statistik besagt, dass die Schwangerschaftsrate pro Embryonentransfer bei 40-jährigen Frauen noch 25% beträgt. Bei 41-jährigen Frauen sind es noch immerhin 20%. Erst danach geht es deutlicher abwärts (17% bei 42-Jährigen und 14% bei 43-Jährigen).¹⁰ Insofern wäre es folgerichtig, eine vollständige Kostenübernahme für Frauen bis zum Alter von 41 Jahren zu gewähren und danach noch bei guten individuellen Erfolgsaussichten bis zum Alter von ca. 43 Jahren.

Nicht einzusehen ist auch, dass z.B. eine Frau unter 40 Jahren mit verschlossenen Eileitern und fortpflanzungsfähigem Partner über 50 ihre Behandlung allein bezahlen muss. Das Gegenstück dazu wäre ein Paar mit einem Mann unter 50 und einem schlechten Spermogramm und einer Frau Anfang 40 und relativ guten Erfolgsaussichten.¹¹ Auch hier würde die Kasse nicht zahlen, obwohl die Ursache für die notwendige reproduktionsmedizinische Behandlung nicht bei dem Partner liegt, der die Altersgrenze überschritten hat.

Ungewollt Kinderlose, die in Bundesländern wohnen, die keine „Bezuschussung“ gewähren

Die gegenwärtige wohnortabhängige Förderung trägt nicht nur zur Ungleichstellung bei sondern ist auch mit einem unnötigen Kosten- und Antragsaufwand verbunden. Daher schlagen wir vor, die Zuschussung durch die Länder wieder abzuschaffen und stattdessen vorzugsweise eine Vollfinanzierung von 5 - 10 IVF- bzw. ICSI-Zyklen festzulegen. Lt. D.I.R. 2011 steigen die kumulativen die Erfolgsaussichten erst ab dem 6. Behandlungszyklen mit IVF/ ICSI nicht mehr ganz so stark an, wobei es auch noch bis zum 10. Versuch statistisch betrachtet gute Erfolgsaussichten gibt.¹²

¹⁰ www.deutsches-ivf-register.de – Jahrbuch 2016, S. 36

¹¹ Zum Beispiel wurde bei genügend antralen Follikeln am Tag 3, AMH im Normalbereich und Inhibin > 10 auch bei über 40-jährigen Frauen eine Schwangerschaftsrate > 15% festgestellt; Aussage von Prof. Brähler - Vorsitzender des Deutschen IVF Registers (D.I.R.) im Jahr 2009

¹² www.deutsches-ivf-register.de Jahrbuch 2011, Seite 27 – Gesamtschwangerschaftswahrscheinlichkeit pro Frau

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

Die Kosten für die GKV

Die Begründung zum Gesetzesvorschlag der GRÜNEN enthält leider keine Angaben zu den entstehenden Kosten. Auch der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen kennt die bisher jährlich entstandenen Kosten nicht, da der Kontenrahmen der GKV keine gesonderte Erfassung von Kosten vorsieht, die aufgrund reproduktionsmedizinischer Behandlungen entstehen. Das zeugt auch davon, dass diese Kosten bei der GKV wohl als zu vernachlässigende Größe betrachtet werden. In seiner Stellungnahme von 2015 schrieb der GKV Spitzenverband, die Krankenkassen würden sich der Bewertung enthalten. Ob eine Finanzierung erfolgen soll, sollte im gesellschaftspolitischen Diskurs herausgefunden werden. Die BKK VBU hat sich die Mühe gemacht, ein Recht auf Kostenübernahme für Unverheiratete einzuklagen. Das alles zeugt davon, dass die Krankenkassen durchaus offen für eine Erweiterung der Kostenübernahmeregelung sind.

Wunschkind e.V. kann die entstehenden Kosten nicht genau ausrechnen, jedoch gibt es gerade aufgrund der im Deutschen IVF Register dokumentierten Behandlungszahlen Anhaltspunkte, die uns eine grobe Kostenschätzung ermöglichen. Eine Kostenschätzung ist sicher hilfreich, um eine Vorstellung davon zu bekommen, um welche Größenordnung es bei der vorgeschlagenen Gesetzesänderung geht.

Aufgrund der Zahlen aus dem IVF Register und aufgrund der Kosten lt. EBM sowie aufgrund von Angaben zu den durchschnittlichen Medikamentenkosten haben wir ermittelt, dass die GKV derzeit für IVF und ICSI pro Jahr incl. der Medikamente Kosten in Höhe von etwa 52 Mio. € haben dürfte. Würden alle im D.I.R. dokumentierten Frischzyklen für alle GKV Versicherten und für den ersten bis letzten Behandlungsversuch bei jeder Frau vollständig bezahlt werden, so würden die Kosten bei unveränderter Fallzahl rund 206.000.000 € betragen. Das wären Mehrkosten von 0,07% der Gesamtausgaben der GKV und rund 16 ct. pro Monat Krankenkassenbeitrag (Eigenanteil) für einen Versicherten mit einem Bruttolohn von 3.000 €. – Die zugehörige Berechnung entnehmen Sie bitte dem Anhang.¹³

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

¹³ Im Jahr 2000, also vor der Gesundheitsreform, gab es eine damals von der AOK, von Leszczynski, herausgegebene Zahl zu den damaligen Kosten. Zu der Zeit hatte nach dieser Angabe die GKV eine Gesamtbelastung für assistierte Befruchtungen von umgerechnet 142,5 Mio. Euro incl. 75 Mio. Euro für Hormonmedikamente.

Sehr geehrte Abgeordnete des Gesundheitsausschusses,

wir haben Ihre Debatte zu diesem Thema vom 18. Dezember 2014 aufmerksam verfolgt. Der Grundgedanke dieses Gesetzesvorschlages ist, dass eine Gleichstellung der betreffenden Paare mit Kinderwunsch erreicht werden soll und damit auch ein Signal, dass unsere Gesellschaft alle Familienformen als gleichwertig respektiert.

Wir können nicht verstehen, dass gegen den Gedanken der Gleichwertigkeit, der ja auch aus den Allgemeinen Menschenrechten hervorgeht, mit folgenden Themen „argumentiert“ wird:

zusätzliche Kosten; allgemeine Erfolgsraten in der Reproduktionsmedizin;
mögliche gesundheitliche Folgen der medizinischen Behandlungen;
die Zahl derer, die einen Nutzen daraus ziehen und sogar die Behauptung,
die Frau, die diesen Weg selbst gewählt hat, würde die reproduktionsmedizinische
Behandlung als erniedrigend empfinden.

Dies sind zwar alle Themen, über die man kontrovers diskutieren kann, jedoch dürften dann, wenn die Argumente gegen die Reproduktionsmedizin dementsprechend zu schwer wiegen würden, die Kosten auch bei verheirateten heterosexuellen Paaren, die noch mit eigenen Spermien Eltern werden können, nicht übernommen werden. Jedenfalls sind die Erfolgsraten bei heterologer IVF nicht schlechter als bei homologer IVF. Und wenn alle Gruppen in die Krankenkasse eingezahlt haben, dann sollten sie doch im Gegenzug auch im gleichen Maße Anspruch auf die Finanzierung ihrer Kosten erhalten.

Wir bitten deshalb alle Bundestagsabgeordneten dringend, sich für einer Änderung des Gesetzes mit Blick auf eine Kostenübernahme von reproduktionsmedizinischen Behandlungen so einzusetzen, dass keine Personengruppen mehr benachteiligt werden. Und dies möglichst zeitnah, so dass diejenigen Wunscheltern, die heute medizinische Hilfen zu ihrer Familiengründung benötigen, nicht darauf warten müssen, bis sie dazu eigentlich schon zu alt sind.

Man möge in diesem Zusammenhang auch an den demografischen Faktor in unserem Land denken: jedes zusätzlich geborene Kind ist ein zukünftiger Rentenzahler – egal ob es auf natürlichem Wege oder mit medizinischer Hilfe gezeugt worden ist.

Wir danken Ihnen für Ihre diesbezüglichen Bemühungen und hoffen im Sinne aller Paare mit unerfülltem Kinderwunsch auf baldige gesetzliche Änderungen.

Gabriele Ziegler

1.Vorsitzende Wunschkind e.V.

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

Anhang:**Kostenberechnung**WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath**Hotline 0180 / 500 21 66**
Fax 0180 / 500 21 66www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de(1) Daten aus dem Deutschen IVF Register (D.I.R.) 2016:

- Erfasste Zyklen: 103.981; davon 100.844 plausible Zyklen (97%)
- davon 74.172 plausible Zyklen mit Stimulationen zur Eizellentnahme, 68.305 Follikelpunktionen, 64.831 Eizellbehandlungen und 56.274 Transfere. (Die 26.672 Kryotransfere werden nicht mit in diese Berechnung einbezogen.)
- 48.684 Embryonentransfere (ET) verteilen sich auf die Altersgruppen wie folgt: 164 ET bei unter 25-jährigen (0,3%) / 38.421 ET bei 25-39-jährigen (78,9%) / 10.099 ET bei über 40-jährigen Frauen (20,8%) / Bei der Anzahl der Punktionen lag der Anteil der über 40-Jährigen bei 20,4%
- 23,7% der Behandlungszyklen sind IVF / 76,3% der Behandlungszyklen sind ICSI
- 80% aller IVF/ ICSI finden im 1.-3. Versuch statt (D.I.R. 2014, Seite 31)

(2) Weitere zur Hilfe genommene Daten:

- 72,8 Mio. GKV Versicherte 2018 (89,3%) / 8,75 Mio PKV-Versicherte 2018 (10,7%) lt. de.statista.com
- Ausgaben der GKV 2017: 217,83 Mrd. Euro
lt. www.gkv-spitzenverband.de
- Anteil der Kinder von nicht verheirateten Eltern 2015:
35% lt. www.destatis.de
- Durchschnittliche Kosten 2018 für eine IVF lt. EBM (IVF incl. aller Nebenleistungen und Medikamente): 3.000 € / Durchschnittliche Kosten für eine ICSI lt. EBM (ICSI incl. aller Nebenleistungen und Medikamente): 3.200 € / / Durchschnittliche Kosten für die Inseminationstherapie lt. EBM: 100 € - 120 € mit Medikamentenkosten von 300 € - 600 € bei FSH Stimulation /
lt. Aussage Dr. Peet, Reproduktionsmediziner in Berlin
- Frauen aus Deutschland gehen zu 2.000 – 3.000 Behandlungszyklen pro Jahr ins Ausland, davon 80% aus Gründen von Verboten (Folie von Prof. Kantenich zur Tagung des Arbeitskreises der AWMF „Ärzte und Juristen“ am 14.11.2015, S.39; hier Bezug auf Shenfield et al. 2010, Mouzon et al. 2012, Kupka et al. 2015)
- 10.551 Inseminationen und 1.267 H-IVF/H-ICSI-Zyklen für die Jahre 2008 – 2010 – unvollständige Datenerfassung (Protokoll des Arbeitskreises Donogene Insemination vom 10. November 2011)

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath**Hotline 0180 / 500 21 66**
Fax 0180 / 500 21 66www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

(3) Annahmen:

- Der Anteil der GKV Versicherten, die eine IVF oder ICSI durchführen lassen, entspricht dem Durchschnitt der Bevölkerung: 89,3%
- Der Anteil der nicht verheirateten Eltern, die eine IVF oder ICSI durchführen lassen, entspricht 20%. Dies ist eine grobe Annahme mit der Überlegung, dass ein Teil der unverheirateten Paare bisher vor der IVF oder ICSI geheiratet haben und dass der hohe Anteil nicht verheirateter Eltern in der Bevölkerung auch daraus resultiert, dass viele Kinder ungewollt oder zumindest ungeplant in losen Beziehungen entstehen.
- Die Anzahl der jährlich durchgeführten donogenen Inseminationen beträgt 5.000, die Anzahl der jährlich durchgeführten donogenen IVF/ ICSI beträgt 600; aktuelle Zahlen für donogene IVF/ ICSI können aus dem Datenmaterial des D.I.R. ermittelt werden und werden nachgereicht bzw. können dort erfragt werden.
- Der Anteil der Medikamentenkosten an den Behandlungskosten beträgt rund 1.500 €.

(4) Bezahlte Behandlungszyklen

- 74.172 entspricht 97% aller durchgeführten Behandlungszyklen, also: 76.466 Behandlungszyklen in Deutschland
- Hinzu kommen rund 500 Behandlungszyklen im Ausland (20% von 2.500 Zyklen, dem Mittelwert von 2.000 – 3.000 Zyklen im Ausland, die zu 80% verboten sind, also zu 20% erlaubt, was eine Voraussetzung für eine Kostenübernahme durch die GKV ist.
- Weitere Berechnung mit rund 77.000 Behandlungszyklen, davon 23,7% IVF und 76,3% ICSI, also 18.250 IVF und 58.750 ICSI

(5) Behandlungskosten

- Die Anzahl der bezahlten Behandlungszyklen ist neu zu berechnen, da nicht alle Behandlungszyklen bis zum Ende geführt wurden. Die wesentlichen Kosten bei der IVF/ ICSI entstehen 1. durch die hohen Medikamentenkosten, 2. durch die Punktion, und 3. durch die Eizellbehandlung

- Hochrechnung von 68.305 Follikelpunktionen (97%) auf 70.418 Follikelpunktionen (100%)
- Hochrechnung von 64.831 Eizellbehandlungen (97%) auf 66.816 Eizellbehandlungen (100%)
- Vereinfachend werden 70.000 vollständige Behandlungszyklen für die Berechnung der Behandlungskosten lt. EBM herangezogen, da die einzelnen Behandlungskosten lt. EBM für die Vorbereitung, die Punktion, die Eizellkultivierung, den Transfer und die Nachbehandlung hier nicht bekannt sind. An dieser Stelle kann von erfahrener Seite gern nachkalkuliert werden.
- Weitere Berechnung mit rund 70.000 Behandlungszyklen, davon 23,7% IVF und 76,3% ICSI, also rund 16.600 IVF und 53.400 ICSI
- Behandlungskosten lt. EBM für die IVF Zyklen unter der Annahme, alle wären bis zum Ende geführt worden: $16.600 * 3.000 \text{ €} = 49.800.000 \text{ €}$
- Behandlungskosten lt. EBM für die ICSI Zyklen unter der Annahme, alle wären bis zum Ende geführt worden: $53.400 * 3.200 \text{ €} = 170.880.000 \text{ €}$
- Medikamente für 7.000 Stimulationen, die nicht zur Punktion geführt haben: $7.000 * 1.500 \text{ €} = 10.500.000 \text{ €}$
- Zusammen: 231.180.000 €
- Anteil der GKV-Kosten = 89,3% -> rund 206.444.000 €
- **Unter der Annahme, dass der GKV-Anteil aller im D.I.R. 2016 dokumentierten frischen Behandlungszyklen sowie von 500 Behandlungszyklen im Ausland vollständig von der GKV finanziert worden wären, wären der GKV Kosten in Höhe von etwa 206 Mio. Euro entstanden.**

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline 0180 / 500 21 66
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

(6) Ermittlung der derzeitigen jährlichen Kosten der GKV für IVF und ICSI

- $89,3\% \text{ GKV-Versicherte} * 78,9\% \text{ 25-40-jährige behandelte Frauen} * 80\% \text{ Verheiratete} * 80\% \text{ 1.-3. Behandlungszyklen} = 44,94\%$
- -> rund 42,13% aller durchgeführten IVF und ICSI wurden zur Hälfte von der Krankenkasse finanziert.
- $206.444.000 \text{ €} * 44,94\% * 50\% = \text{rund } 46.400.000 \text{ €}$

- -> **Die derzeitigen Kosten der GKV belaufen sich auf rund 52 Mio Euro für IVF und ICSI.**
- -> **Sollte sich der Gesetzgeber für eine vollständige Kostenübernahme für alle Behandlungszyklen entscheiden, so würden bei gleichbleibenden Behandlungszahlen zusätzliche Kosten in Höhe von rund 150 Mio Euro entstehen.**
- **Hinzukommen würden noch die Kosten für Inseminationen, deren Kosten aufgrund der weitaus geringeren Kosten pro Insemination bei nur wenigen Millionen Euro liegen dürften.**
- **Angenommen, die zusätzlichen Kosten würden 160 Mio. Euro betragen, dann entspricht das 0,07% der Gesamtausgaben der GKV.**
- **Bei einem Beitragssatz von 14,6% würde ein Arbeitnehmer mit einem monatlichen Bruttoverdienst von 3.000 € monatlich zusätzlich 16 ct. (Arbeitnehmeranteil) für die Finanzierung von Familiengründung mittels Reproduktionsmedizin bezahlen.**

WUNSCHKIND e.V.
c/o Gaby Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Hotline **0180 / 500 21 66**
Fax 0180 / 500 21 66

www.wunschkind.de
kontakt@wunschkind.de

(7) Ermittlung der derzeitigen jährlichen Kosten der GKV für donogene Inseminationen, donogene IVF und ICSI (unter der Annahme, dass die GKV diese finanzieren würde)

- 5.000 Inseminationen a. 200 € = 1.000.000 €; davon beträgt der GKV-Anteil 893.000 €
- 600 IVF/ ICSI a. 3.000 € = 1.800.000 €; davon beträgt der GKV-Anteil 1.607.000 €
(Diese sind bereits in der Berechnung oben enthalten. Die genaue Zahl zu den Behandlungszyklen kann beim D.I.R. erfragt werden, um diese Berechnung zu präzisieren.)
- **Geschätzte Gesamtkosten für die GKV für die Finanzierung von Familiengründung mit Samenspende mittels Reproduktionsmedizin: rund 2,5 Mio. €**