



Wortprotokoll der 30. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 28. November 2018, 16.00 Uhr
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Erwin Rüddel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

- a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Katja Dörner, Ulle Schauws, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Gleichstellung nicht-ehelicher Lebensgemeinschaften und lesbischer Paare bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung

BT-Drucksache 19/1832

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend



- b) Antrag der Abgeordneten Cornelia Möhring, Harald Weinberg, Katrin Werner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen

BT-Drucksache 19/5548

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Völlers, Marja-Liisa Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Gehrke, Dr. Axel Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev	Braun, Jürgen Hemmelgarn, Udo Theodor Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Möhring, Cornelia Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 16.02 Uhr

Der **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Guten Tag meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen. Ich begrüße Sie sehr herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Zu meiner Linken begrüße ich den Abteilungsleiter im BMG, Dr. Orłowski, und die weiteren Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung ganz herzlich. Meine sehr verehrten Damen und Herren, in unserer heutigen öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit dem 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 (19/1832) sowie mit dem Antrag der Fraktion DIE LINKE.: Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen (19/5548). Der Antrag wurde uns zwar noch nicht zur Beratung überwiesen, wir beziehen ihn aber im Rahmen der Selbstbefassung in die Anhörung mit ein. In beiden Vorlagen geht es darum, Menschen ihren Kinderwunsch durch eine künstliche Befruchtung zu erfüllen. Bisher ist in § 27a SGB V geregelt, dass die gesetzliche Krankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten einer künstlichen homologen Befruchtung teilweise übernimmt, wenn das Paar verheiratet ist. Die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sind allerdings der Auffassung, dass durch diese Regelung viele Menschen mit Kinderwunsch, wie beispielsweise unverheiratete oder lesbische Paare, diskriminiert werden. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN will mit ihrer Gesetzesänderung erreichen, dass nicht nur verheiratete, sondern auch Menschen, die in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder in einer auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft leben, die Kosten einer homologen oder einer heterologen künstlichen Befruchtung teilweise erstattet bekommen, wenn sie die übrigen im Gesetz genannten Voraussetzungen erfüllen. Die Fraktion DIE LINKE. geht mit ihrem Antrag noch ein Stück weiter und fordert die volle Kostenübernahme für homologe und heterologe künstliche Befruchtungen. Dieser Anspruch soll allen Frauen und allen Personen anderen Geschlechts zustehen, egal ob sie in einer

Partnerschaft leben oder nicht. Dazu werden wir heute die Meinungen von Expertinnen und Experten hören. Bevor wir anfangen, möchte ich noch einige Hinweise zum Ablauf der Anhörung geben. Uns stehen für diese Anhörung 90 Minuten zur Verfügung. Diese 90 Minuten wurden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke aufgeteilt. Damit ergeben sich die folgenden Zeiten: Die CDU/CSU hat 31 und die SPD hat 19 Minuten Fragezeit. Auf die AfD entfallen 12 Minuten und auf die FDP 10 Minuten Fragezeit. Die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN erhalten jeweils 9 Minuten Zeit, um Fragen zu stellen. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so können viele Fragen gestellt und beantwortet werden. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, für die Beantwortung der Fragen das Mikrofon zu benutzen und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Das erleichtert einerseits die Protokollierung der Anhörung, andererseits können die Zuschauerinnen und Zuschauer die Sachverständigen den jeweiligen Verbänden bzw. Institutionen zuordnen. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem kann man sich die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages anschauen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Soweit die Formalien. Wir beginnen mit der Anhörung und die erste Frage stellt die Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich beginne mit einer Frage an den Verein Spenderkinder. Wie bewerten Sie den Vorschlag, dass die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für die Herbeiführung einer Schwangerschaft unter Verwendung von Spendersamen übernehmen soll?

Sve **Christina Motejl** (Spenderkinder): Wir sind die Interessensvertretung von durch Samenspenden gezeugten Erwachsenen in Deutschland. Wir sehen eine gewisse Gefahr durch die Gleichbehandlung von künstlichen Befruchtungen, bei denen der Samen des Ehemanns verwendet wird, also der sogenannten homologen Insemination, und einer heterologen Insemination mit Samenspenden. Bei



einer Samenspende handelt es sich nicht um eine Behandlung von Unfruchtbarkeit, sondern um eine besondere Form der Familienbildung mit Hilfe eines Dritten. Das bedeutet, dass ein dritter Elternteil als genetischer Vater des Kindes lebenslang dazugehört. Diese Form der Familienbildung ist psychologisch schwierig und sollte nur nach gründlicher Reflektion eingegangen werden. Außerdem müssen die Wunscheltern über die Rechte des so gezeugten Kindes informiert werden. Studien zeigen, dass ein Großteil der aufgeklärten Kinder im Laufe seines Lebens den biologischen Vater kennenlernen möchte. Unter ethischen Gesichtspunkten ist es zumindest bedenklich, einem Kind seinen genetischen Vater bewusst vorzuenthalten, damit eine andere Person sich den Wunsch erfüllen kann, sozialer Vater oder soziale Mutter zu sein. Bei der Kostenübernahme von Samenspenden besteht aus unserer Sicht die Gefahr, dass diese Unterschiede zur homologen Insemination, bei der die Eltern ein genetisch eigenes Kind bekommen, nicht gesehen werden. Außerdem droht ein gewisser Mitnahmeeffekt. Übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung die Behandlung, wird davon ausgegangen, dass es sich um eine gesundheitsfördernde Maßnahme handelt, die unbedenklich in Anspruch genommen werden kann. Wir befürchten, dass sich die Eltern, wenn die Krankenkasse die Kosten übernimmt, nicht mit den Herausforderungen dieser Art von Familienbildung auseinandersetzen. Es wird damit vermittelt, dass es sich um eine anerkannte Behandlungsmethode handelt.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Ein Anspruch auf Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft soll laut dem vorliegenden Gesetzentwurf nur entstehen, wenn dieser medizinisch indiziert ist. Wie bewerten Sie diese Forderung aus Sicht der Ärzte, aber auch aus Sicht der Paare?

SVe Dr. Wiebke Pühler (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir sehen diesen Ansatz kritisch, weil er die medizinische Indikation voraussetzt. Diese hat zum einen die medizinisch-fachliche Ebene. Da geht es vor allen Dingen um Fragen des Standes der medizinischen Wissenschaft. Sie beinhaltet auch medizinische und allgemein anerkannte Zielsetzungen und betrachtet am Ende die individuelle Person der Patientin oder des Patienten, um deren

Behandlung es geht. Dabei handelt es sich immer um einen individuell grundlegenden ärztlichen Entscheidungsprozess. Bei den Fragen, die jetzt hier in den Anträgen und in dem Gesetzentwurf verhandelt werden, stellt sich die Frage, ob das medizinische Fragen sind, die man mit Stand der Wissenschaft beantworten kann oder ob es sich nicht vielmehr um gesellschaftspolitische Fragen handelt, für die Ärzte nicht der primäre Ansprechpartner sind. Wir halten diesen Ansatz eher für eine Verschiebung von gesellschaftspolitischen Fragen hin zu Ärzten.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Frau Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu. Welche Probleme sehen Sie bei der Feststellung einer auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft insbesondere hinsichtlich der Frage, wie man diese feststellt?

ESVe Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu: Bei der Frage der auf Dauer angelegten Partnerschaft wird es schwierig. Objektiv kann das sicherlich niemand feststellen. Man muss in dem Fall Vergleiche ziehen und die Parallele ist die Ehe. Wenn ich eine Ehe eingehe, weiß ich auch nicht, ob diese auf Dauer angelegt ist. Das ist intendiert, aber ob das in dieser Form stattfindet, weiß man nicht. Aber mit der Eheschließung sind Rechte und Pflichten verbunden und diese beziehen sich sowohl auf das Kind als auch auf die Partner untereinander. Diesen Maßstab, den wir bei der Ehe haben, muss es geben, wenn ich mir Gedanken mache, in welcher anderen Lebensform Kinder entstehen sollen. Für mich hat eine auf Dauer angelegte Partnerschaft mit Rechten und Pflichten zu tun. Diese entstehen aus dieser Zuordnung. Das betrifft den Unterhalt, es betrifft die elterliche Sorge. Es betrifft das Erbrecht, es betrifft die Frage der Feststellung der Abstammung und alle Fragen, die sich aus dem Abstammungsrecht entwickeln. Diese Fragen müssen in die Frage nach einer auf Dauer angelegten Partnerschaft eingebunden werden. Wie kann man das machen? Man kann es gesetzlich regeln. Man muss verlangen, dass die Personen, die in eine reproduktionsmedizinische Behandlung eintreten, sich vorab durch eine notarielle Erklärung bindend zu dem verpflichten, wozu diejenigen, die verheiratet sind, ohnehin verpflichtet wären.



Abg. **Prof. Dr. Claudia Schmidtke** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Schlögl-Flierl. Wie bewerten Sie die Forderung der Antragsteller bzw. der Verfasser des Gesetzesentwurfs aus theologisch-ethischer Perspektive?

ESVe **Prof. Dr. Kerstin Schlögl-Flierl**: Betrachtet man die Anträge aus gerechtigkeithethischer Perspektive, zum Beispiel unter dem Aspekt der Chancengleichheit oder der uneinheitlichen Umsetzung beim Stellen eines Antrags, würde man sofort zustimmen. Jedoch handelt es sich bei der In-vitro-Fertilisation (IVF) um einen Prozess, bei dem im besten Falle am Ende ein Kind entsteht. Das ist leider nur selten der Fall. Deshalb würde ich als theologische Ethikerin einen Fokus auf die vulnerable Gruppe, auf das Kind, lenken. Um für dieses Kind optimale Voraussetzungen zu ermöglichen, plädiere ich dafür, die Ehe als Kriterium für die Finanzierung einer homologen In-vitro-Fertilisations-Behandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen beizubehalten. Bei der IVF wird sich häufig über einen langen Zeitraum hinweg und unter großen physischen und psychischen Belastungen ein Kind gewünscht. So sollte doch die elterliche Beziehung eine Rahmung haben, eine rechtliche Festlegung eines inneren Bindungswillens. Auch wenn ich keine Juristin bin, erinnere ich an die im Bürgerlichen Gesetzbuch mit der Ehe einhergehenden Rechte und Pflichten. Die Ehe ist, als Theologin gesprochen, ein Sakrament, ein Zeichen der Nähe Gottes. Insofern verstehen Sie vielleicht meine Hochschätzung. Aber ungeachtet dessen, dass viele die Sichtweise nicht teilen, würde ich die Ehe als Hort der Stabilität und Verlässlichkeit und auf Dauer angelegt kennzeichnen wollen. Im Übrigen würde die in anderen eingereichten Stellungnahmen thematisierte Unsicherheit bei der Festlegung bzw. die Feststellungskompetenz der auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaften für die Bezuschussung der IVF im Sinne der Ehe für alle zu thematisieren sein. Auch wenn die Öffnung der Ehe es gleichgeschlechtlichen Paaren ermöglicht, dieses sichere Bündnis zu schließen, wäre eine IVF-Behandlung bei lesbischen Paaren per Definition heterolog. Bei der heterologen Insemination ist mindestens eine weitere Person an der Herbeiführung der Schwangerschaft beteiligt. Deswegen ist sie nicht mit einer homologen IVF-Behandlung gleichzustellen.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Können Sie uns bitte einen Überblick über die aktuelle Finanzierungssystematik der Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion geben und dabei die geforderte Ausweitung der Leistungen nach § 27a SGB V bewerten?

SVe **Ulrike Gust** (GKV-Spitzenverband): Das mache ich sehr gerne. Mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2012 wurde die Vorschrift des § 27a SGB V modifiziert. Unter anderem hat der Gesetzgeber Altersgrenzen festgelegt, hat die Versuchsanzahl für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung beschränkt und hat zudem die Höhe der Kostenübernahme für die gesetzliche Krankenversicherung neu geregelt. Seit dem 1. Januar 2004 übernimmt die GKV 50 Prozent der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten für Versicherte, die verheiratet sind. Zusätzlich können Krankenkassen nach § 11 SGB V seit dem 1. Januar 2012 über ihre Satzung zusätzliche Leistungen festlegen, die zum Beispiel die Höhe der Finanzierung betreffen. Unabhängig von der Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung haben derzeit auch Bund und Länder die Möglichkeit, einen Zuschuss zu Leistungen der Reproduktionsmedizin zu gewähren. Grundlage in diesem Zusammenhang sind Richtlinien, die Bund oder Länder erlassen. Nach unserem Wissen bezahlen derzeit sieben Bundesländer Zuschüsse für Leistungen der Reproduktion. Unabhängig von den Zuschüssen, die die Länder leisten, kann der Bund darauf aufbauend einen Zuschuss gewähren. Derzeit ist das abhängig von der Länderfinanzierung. Das heißt, der Bund zahlt für die Personen, die in einem Bundesland wohnen, das einen Zuschuss leistet, einen darüber hinausgehenden Zuschuss. Der entsprechenden Richtlinie des Bundes ist zu entnehmen, dass seit dem 1. April 2012 bzw. seit dem 7. Januar 2016 entsprechende Maßnahmen übernommen werden. Dies betrifft sowohl verheiratete Paare als auch solche, die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben. Der Zuschuss für verheiratete Paare beträgt 25 Prozent der Kosten für den ersten bis vierten Versuch und 12,5 Prozent für nicht verheiratete Paare für den ersten bis dritten Versuch. Für den vierten Versuch werden noch einmal 25 Prozent der Kosten übernommen. Der GKV liegen keine Angaben darüber vor, wie oft bzw. in welcher Höhe die Leistungen des Bundes



bzw. der Länder in Anspruch genommen werden. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf ist von einer Leistungsausweitung auszugehen, weil er mehr Paare umfasst. Da es sich bei der künstlichen Befruchtung um versicherungsfremde Leistungen, die die GKV ähnlich wie Maßnahmen zur Empfängnisverhütung und Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft finanziert, handelt, wäre es aus unserer Sicht wünschenswert, wenn der Gesetzgeber den Bundeszuschuss für diese versicherungsfremden Leistungen gleichermaßen anpassen würde, sollte der Gesetzentwurf umgesetzt werden. In den amtlichen Statistiken finden sich keine Fallzahlen bzw. Angaben über Ausgaben im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung. Den Abrechnungsdaten der GKV für das Jahr 2017 konnten wir entnehmen, dass in diesem Zusammenhang Ausgaben für Arzneimittel in Höhe von 29,9 Millionen Euro und Ausgaben für die vertragsärztliche Behandlung in Höhe von 28,9 Millionen Euro angefallen sind. Wie hoch die Kosten sein werden, wenn die durch den Gesetzentwurf fokussierten Personenkreise miteinbezogen werden, lässt sich nicht sagen, da es keine Fallzahlen gibt. Aus der Sicht der Betroffenen wäre es schon ein großer Fortschritt und wünschenswert, wenn der Bundeszuschuss flächendeckend in Deutschland gesichert wäre.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Verein Spenderkinder. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme die Forderung einer Kostenübernahme von Samenspenden bei alleinstehenden Frauen durch die gesetzliche Krankenversicherung. Bitte erläutern Sie uns Ihre Kritik noch einmal näher.

Sve **Christina Motejl** (Spenderkinder): Eine Kostenübernahme für eine Samenspende durch die gesetzlichen Krankenkassen bei alleinstehenden Frauen passt nicht. Diese sind nicht unfruchtbar, sondern ihnen fehlt ein männlicher Partner, um Kinder zu bekommen. Aus unserer Sicht sollte durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht aktiv gefördert werden, dass Kinder durch Samenspende entstehen und keinen zweiten rechtlichen Elternteil haben oder bekommen. Ein zweiter Elternteil bedeutet für ein Kind eine stärkere finanzielle Absicherung durch Unterhalts- und Erbsprüche. Ein zweiter Elternteil ist emotional wichtig. Er oder

sie kann emotionale Belastungen des einen Elternteils ausgleichen, er kann eine andere Sichtweise in die Erziehung einbringen und im Fall der Krankheit oder des Todes der Mutter die Sorge übernehmen. Wir sehen, dass es viele alleinerziehende Väter und Mütter gibt. Das ist jedoch, anders als bei der single mother by choice, nicht gewollt. Nach einer Trennung übernehmen der Vater oder die Mutter weiterhin Erziehungsaufgaben und sind für das Kind da. Aus unserer Sicht besteht die Gefahr, dass durch die Kostenübernahme das Konzept der Käuflichkeit von Gametenzellen und die Entpersonalisierung von Elternschaft gefördert wird. Wenn man keinen männlichen Partner findet oder suchen möchte, der bereit ist, die Vaterrolle einzunehmen, könnte man gefördert zu einer Samenbank gehen. Weiter gedacht könnten auch alleinstehende Männer Zugang zu einer Leihmutter fordern, um sich ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Aus unserer Sicht gibt es aber kein Recht auf Elternschaft.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Die Frage geht an die Bundesärztekammer. Die Verfasser des Gesetzentwurfs fordern, gleichgeschlechtlichen Paaren eine finanzielle Unterstützung für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung unter anderem durch die gesetzlichen Krankenkassen zu ermöglichen. Mich würde eine Bewertung dieses Vorschlags aus abstammungsrechtlicher Perspektive interessieren. Es gab dazu im Juli 2017 einen Abschlussbericht des Arbeitskreises Abstammungsrecht beim Bundesministerium für Justiz- und Verbraucherschutz. Der Deutsche Anwaltverein und der Deutsche Richterbund haben leider abgesagt, aber ich vermute mal, Sie haben das Thema verfolgt.

Sve **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir haben diesen Bericht mit großem Interesse verfolgt. Die Art, wie er verfasst ist, wie die Voten ausgefallen sind und die Mitveröffentlichung persönlicher Leitlinien, zeigt, dass das Thema in dem Arbeitskreis, genauso wie in der Gesellschaft, sehr kontrovers bewertet wird. Das Ergebnis des Arbeitskreises bezogen auf die sogenannte Zweitmutterschaft ist eine differenzierte Regelung. Es gibt unterschiedliche Regelungen für lesbische Paare. Wenn eine Zweitmutterschaft angestrebt wird, so ein Weg, ist diese im Rahmen einer Ehe oder einer gesetzlichen geführten Partnerschaft möglich. Das Problem stellt sich, wenn eine Vaterschaft im



Rahmen einer Sekundärfeststellung eingeklagt werden soll. Bei der ärztlich assistierten Reproduktion soll die Mitmutter in der lesbischen Partnerschaft ihre Rechte gerichtlich feststellen lassen können. Sofern sie der ärztlich assistierten Reproduktion zugestimmt hat, ist ihre Mitmutterschaft gerichtlich festzustellen. Wenn das Ganze ohne ärztliche Hilfe im Rahmen einer privaten Inseminationsbehandlung stattgefunden hat, ist der Unterschied bei einer gerichtlichen Feststellung, dass der Samenspender als Vater festgestellt werden kann, weil die genetische Vaterschaft vorgeht. Man muss hinterfragen, ob man je nach Art und Weise der Durchführung der Reproduktion, einmal ärztlich, einmal privat, am Ende unterschiedliche Mutter- oder Vaterschaftsverhältnisse haben möchte und wie sich das begründet. Wir halten diesen Bericht des Arbeitskreises Abstammung insgesamt für sehr differenziert und diskussionswürdig und wünschen uns, dass er Eingang in den politischen Diskurs findet. Wir waren enttäuscht, dass der Bericht bei der Regelung zum Samenspenderegistergesetz keinen großen Eingang in die Regelung gefunden hat. Der Bericht ist aber ein umfassender Vorschlag, um Kindesrecht und familienrechtliche Regelungen für diesen Bereich zu fassen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich möchte bei den Kinderrechten bleiben und frage den Verein Spenderkinder. Die Antragssteller gehen nicht explizit auf die Rechtsposition oder die möglichen Ansprüche von Kindern ein. Welche gegebenenfalls offenen rechtlichen Fragen müssten aus Ihrer Sicht geklärt werden, bevor über eine Ausweitung der finanziellen Unterstützung der künstlichen Befruchtung durch die GKV nachgedacht werden kann? Könnten Sie bitte auch zu den Ausführungen des Arbeitskreises Abstammung Stellung nehmen?

Sve **Christina Motejl** (Spenderkinder): Die Frage beantworte ich als Juristin gerne. Im Vergleich zur Anhörung vor drei Jahren zu fast identischen Anträgen kann man feststellen, dass es heute Samenspenderegister gibt. Damit ist das Recht auf Kenntnis der Abstammung von Kindern, die seit dem Frühsommer gezeugt wurden, gesichert. Das ist ein sehr großer Fortschritt, auch wenn die Rechte davor gezeugter Kinder nicht so gut abgesichert sind. Es bleibt dabei, dass Spenderkinder mit nicht verheirateten oder lesbischen Wunscheltern

rechtlich deutlich schlechter abgesichert sind. Bekommt ein verheiratetes heterosexuelles Paar ein Kind mittels Samenspende, wird der Ehemann automatisch Vater und kann die Vaterschaft wegen seiner Einwilligung in die Samenspende nicht anfechten. Das Kind hat damit zwei Elternteile, die ihm gegenüber zu Sorge und Unterhalt verpflichtet sind. Bei nicht verheirateten, heterosexuellen Paaren kann der Mann das Kind zwar vor der Geburt anerkennen, die Anerkennung ist jedoch nicht vor der Zeugung durch Samenspenden, also präkonzeptionell möglich, sondern erst, wenn das Kind gezeugt, aber noch nicht unbedingt geboren wurde. Dann kann folgender Fall eintreten: Überlegt der Mann es sich nach der Zeugung des Kindes anders und erkennt die Vaterschaft nicht an, hat das Kind keinen zweiten Elternteil. Der Bundesgerichtshof hat in diesem Fall zwar einen Vertrag zugunsten des Kindes angenommen und den Vater aufgrund dessen zu Unterhaltszahlungen verpflichtet, es bleibt aber dabei, dass das Kind keinen zweiten Elternteil und keine Erbansprüche hat. Bei lesbischen Paaren, ob verheiratet, verpartnert oder nur zusammenlebend, muss die soziale Mutter das Kind nach seiner Geburt adoptieren. Eine Anerkennung ist nicht möglich, da diese zumindest auf der biologischen Möglichkeit zur Vaterschaft beruht. Bis zur Adoption hat das Kind lediglich einen Elternteil, nämlich die Mutter. Ändert die Mutter bis zur Adoption ihre Meinung, wäre wohl entsprechend zu unverheirateten heterosexuellen Paaren ein Vertrag zugunsten des Kindes anzunehmen, der die Frau unterhaltspflichtig macht. Es bleibt aber dabei, dass das Kind keinen zweiten Elternteil und keine Erbansprüche hat. Aus unserer Sicht kann die Finanzierung nicht geregelt werden, bevor diese Frauen in der Familiengründung so abgesichert sind, dass sie die Rechte der durch Samenspende gezeugten Menschen oder Kinder stärker schützt, als dies bislang der Fall ist. Um zu verhindern, dass mit Hilfe ärztlich assistierter Befruchtung Kinder geboren werden, die keinen zweiten rechtlichen Elternteil haben, fordern wir eine Möglichkeit zur präkonzeptionellen Anerkennung durch einen zweiten Elternteil. Ohne diesen sollte keine Samenspende vermittelt werden dürfen. Diese Zuordnung müsste für das Kind genauso wie bei natürlich gezeugten Kindern anfechtbar sein.



Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CDU): Ich schließe eine Frage an die Einzelsachverständige Prof. Dr. Kerstin Schlögl-Flierl an. Können Sie etwas zu den möglichen psychischen Belastungen des IVF-Verfahrens sagen?

ESVe **Prof. Dr. Kerstin Schlögl-Flierl**: Trotz hoher Scheidungsraten ist meiner Ansicht nach die Ehe die Institution, die helfen kann, die in vielen Studien beschriebenen psychischen, aber auch physischen Belastungen, die mit einer reproduktionsmedizinischen Behandlung einhergehen, durchzustehen. Psychische Belastungen entstehen für die Partner durch das Hoffen und Bangen auf ein Kind, durch Fehlversuche, Abgänge usw. Neben der ökonomischen Absicherung verweist das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur künstlichen Befruchtung für Verheiratete aus dem Jahr 2006/2007 auf die Beistandspflicht der Ehegatten, die in diesen schwierigen Zeiten helfen soll. Darüber hinaus besteht auch von medizinischer Seite die Verpflichtung, Beratung und Unterstützung, wie sie vom Gesetzgeber eingefordert wird, zu gewährleisten. Die psychischen Belastungen resultieren auch aus den Folgeproblemen, die mit der IVF einhergehen können. Ich erinnere an den Feto- zid und den Umgang mit überzähligen Embryonen. Bei der Reproduktionsmedizin handelt es sich um eine wunscherfüllende Medizin. Damit einhergehende ungeklärte Fragen zeigen, wie komplex und sensibel die Debatte zu führen ist. Umso mehr braucht es eine umfassende gesellschaftspolitische Diskussion zur Reproduktionsmedizin und nicht eine voreilige Änderung der Kostenübernahme der Kinderwunschbehandlung. Bevor Teilfragen geklärt werden, ist eine gesellschaftspolitische Debatte zu führen.

Abg. **Prof. Dr. Claudia Schmidtke** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu. Die Antragsteller und Verfasser des Gesetzentwurfs fordern unter anderem, gleichgeschlechtlichen Paaren eine finanzielle Unterstützung bei einer künstlichen Befruchtung durch die gesetzliche Krankenversicherung zu ermöglichen. Welche Schwierigkeiten birgt ein solcher Vorschlag aus Ihrer Sicht?

ESVe **Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu**: Ich bin der Auffassung, dass dieser Gesetzesvorschlag mehr Probleme auslöst, als dass er Probleme löst. Das Gesetz wird nicht der Befriedung dieser Thematik dienen und wie mehrfach gesagt, ist das der zweite vor dem ersten Schritt. Ich möchte darauf eingehen, welche Probleme dadurch entstehen können. Das Problem der medizinischen Indikation wird durch diesen Gesetzesentwurf verschärft, weil die medizinische Indikation mit aufgenommen wird. Bei weiblichen Paaren ist das Problem nicht die medizinische Indikation, sondern es ist biologischer Art. Derjenige, der das Gesetz geschrieben hat, hat vielleicht Gutes gemeint, aber das Thema wurde nicht zu Ende gedacht. § 6 TPG-Gewebeverordnung (Verordnung über die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung nach dem Transplantationsgesetz) sagt, ein Arzt darf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nur dann durchführen, wenn nach ärztlicher Feststellung aufgrund einer medizinischen Indikation gehandelt werden muss. Wir sind uns einig, dass das hier nicht der Fall ist. Wenn jetzt nicht verheiratete, heterosexuelle oder homosexuellen Paare, so wie vorgesehen in die Vorschrift aufgenommen werden, werden die anderen gesetzlichen Merkmale nicht mehr beachtet. Eine medizinische Maßnahme zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ist nach § 27a SGB V nur zulässig, wenn eine ärztliche Feststellung vorliegt, dass hinreichende Erfolgsaussichten bestehen und durch die Maßnahme eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Des Weiteren müssen die Paare verheiratet sein und es müssen Samenzellen der Ehegatten verwendet werden. Die medizinische Indikation und die hinreichenden Erfolgsaussichten müssen bei gleichgeschlechtlichen Paaren nicht beachtet werden. Wenn das so ist, habe ich die Befürchtung, dass Kinder geboren werden, die keine klare Eltern-Kind-Zuordnung haben. Spenderkinder e. V. hat das deutlich dargestellt. Meine private Befürchtung ist die, dass weitere imprägnierte Eizellen und Embryonen mit ungewisser Zukunft entstehen. Wenn ich Behandlungen zulasse und den Personenkreis erweitere, wird das Problem, das wir mit kryokonservierten Eizellen und mit den Embryonen haben, verschärft. Eine Befriedung ist nicht in Sicht und die rechtliche Situation ist unklar. Es gab Anfang des Jahres eine Entscheidung des Amtsgerichts Dillingen – die zweite Instanz steht gerade an. Dort wurden drei



Ärzte und eine Professorin angeklagt, gegen das Embryonenschutzgesetz verstoßen zu haben. Die drei Ärzte wurden in erster Instanz freigesprochen. Das Gericht bezeichnete ihr Handeln als einen unvermeidbaren Verbotsirrtum. Der Tenor dieses Urteils lautet, Unwissenheit schützt vor Strafe nicht, Unklarheit schon. Ich bitte Sie vor diesem Hintergrund, Änderungen am Embryonenschutzgesetz vorzunehmen, um an der Stelle etwas zu bewegen. Es gibt so viele imprägnierte Eizellen und es ist nicht klar, was damit passiert. Wenn ich die Thematik öffne und zustimme, dass diese Leistung als Kassenleistung bezahlt wird, implodiert das ganze Thema. Zunächst muss das Embryonenschutzgesetz geändert werden und erst wenn man eine klare Eltern-Kind-Zuordnung hat, kann es um die Finanzierung gehen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren. Die Initiativen, die hier beraten werden, zielen auf eine Änderung der Finanzierung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, der Gesetzgeber müsse zuvor die das menschliche Leben elementar berührenden Fragen verbindlich entscheiden. Bitte konkretisieren Sie das und beschreiben Sie die derzeitige Situation der Ärztinnen und Ärzte in der Reproduktionsmedizin.

SV **Dr. Ulrich Hilland** (Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschland e. V. (BRZ)): Wir haben das Problem, dass wir Regelungen für die Sozialgesetzgebung finden wollen, die teilweise kollidieren. Der Antrag der Linken kollidiert beispielsweise mit dem Embryonenschutzgesetz. Zunächst müssen die abstammungsrechtlichen Fragen geklärt werden, bevor es um die finanziellen Fragen geht. Wir brauchen eine Regelung, die alle Fragen gesellschaftlich beantwortet. Das ist die Diskussion, die durch unsere gewählten Vertreter zu führen ist und die durch ein modernes Reproduktions- oder Fortpflanzungsmedizinengesetz beantwortet wird. Daran anschließend können wir sozialrechtliche Fragestellungen, wer welche Leistungen aus der GKV erhalten soll, klären.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Im Antrag der Fraktion DIE LINKE. wird gefordert, dass medizinisch-fachliche Festlegungen, die Altersbeschränkungen und die Zahl der Reproduktionsversuche zukünftig nicht mehr gesetzlich geregelt, sondern durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt werden sollen. In Ihrer Stellungnahme bringen Sie Bedenken zum Ausdruck. Können Sie die genauer erläutern?

Sve **Ulrike Gust** (GKV-Spitzenverband): Die Frage, nach wie vielen Versuchen, in welchem Alter welche Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche künstliche Befruchtung bei einer Frau besteht, lässt sich anhand der Zahlen und Aufzeichnungen, die in diesem Zusammenhang gemacht werden, valide ermitteln. Die Bewertung dieser Wahrscheinlichkeiten kann nicht durch den G-BA vorgenommen werden, denn ihr liegen keine medizinischen Hintergründe zugrunde. Das ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der der Gesetzgeber zu entscheiden hat, wann Wahrscheinlichkeiten durch GKV- bzw. Bundesmittel zu finanzieren sind.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer (BÄK). In Ihrer Stellungnahme sprechen Sie sich für eine systematische Rechtsentwicklung in der Reproduktionsmedizin aus. Bitte begründen Sie dies kurz. Welche konkreten Schritte des Bundesgesetzgebers sind dazu aus Ihrer Sicht notwendig?

Sve **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wenn man historisch zurückblickt, ist es ein medizinisches Verfahren, das seit den 1970er Jahren in Deutschland angewendet wird. Wie bei verschiedenen Themen, die sich in der Medizin neu entwickelt haben, hat die Ärzteschaft zunächst berufsrechtliche Regelungen erstellt und versucht, diesen Bereich zu strukturieren. Ende der 1990er Jahre ist der Gesetzgeber tätig geworden und hat das Embryonenschutzgesetz als erstes Gesetz in diesem Bereich erlassen. Danach sind durch verschiedene Impulse von außen gesetzgeberische Fragmente dazugekommen. 2004 gab es eine EU-Gesetzgebung, die sogenannten Geweberichtlinien, die in Deutschland umgesetzt worden sind. Aus unserer Sicht wäre das eine gute Möglichkeit



für ein Fortpflanzungsmedizingesetz gewesen. Man hat aber einen anderen Weg gewählt und weil es um alle menschlichen Zellen und Gewebe ging, das Ganze im Arzneimittel- und im Transplantationsrecht umgesetzt. Das sind damals angelegte Grundprobleme, die uns bis heute verfolgen. Spender- und Empfängersystematik, die sonst für Gewebetransplantate wie Augenhornhaut und Herzklappen gilt, funktioniert in der Reproduktionsmedizin nicht. Dort haben sie zwei Spender und am Ende ist zwar einer von beiden Empfänger, aber das, was entsteht, ist etwas Neues, ein Embryo. Es gab weitere gesetzgeberische Aktivitäten nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs zur Präimplantationsdiagnostik und in dieser Legislaturperiode die Gesetzgebung zum Samenspenderegistergesetz. Es wurden damit Teilbereiche gelöst und in den Randbereichen ergaben sich neue Fragen. Es sind Inkongruenzen entstanden und es hat gesellschaftspolitische Veränderungen gegeben. Es haben sich neue Familienmodelle gebildet. Das sind Fragestellungen, die man gesellschaftspolitisch diskutieren und beantworten muss. Daran anschließend wünschen wir Ärzte uns eine anwenderfreundliche Gesetzgebung. Als Reproduktionsmediziner benötigt man momentan ein Jurastudium.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an den Verein Spenderkinder e. V. Der Verein DI-Netz e. V. führt in seiner Stellungnahme aus, dass Spenderkinder heute in eine andere Zeit hineingeboren würden als noch vor 30 Jahren. Bei den Eltern gebe es eine größere Offenheit, mit ihren Kindern über die Samenspende zu sprechen. Wie bewerten Sie diese Einschätzung?

Sve **Christina Motejl** (Spenderkinder): Wir stimmen DI-Netz insofern zu, als dass man heute tatsächlich offener mit Samenspenden umgeht. Als ich selbst vor über 12 Jahren von meiner Zeugungsart erfahren habe, gab es unseren Verein noch nicht und es war allgemeine Meinung, dass man Kindern nichts von der Samenspende erzählen sollte. Das hat sich inzwischen durch die Arbeit unseres Vereins oder DI-Netz, aber auch durch das Samenspenderegistergesetz geändert. Trotzdem bezweifeln wir die Offenheit unter heterosexuellen Eltern. Lesbische Eltern möchte ich bei dieser Frage rausnehmen, denn sie müssen die Situation erklären. Stu-

dien zufolge liegt die Aufklärungsrate bei Spenderkindern bei etwa 30 Prozent. Das ist verglichen mit einer Aufklärungsrate von etwa 90 bis 95 Prozent bei adoptierten Kindern deutlich geringer. Selbst bei Studien, die von einer 30-prozentigen Aufklärungswahrscheinlichkeit ausgehen, sollte berücksichtigt werden, dass daran eher die Eltern teilnehmen, die bereit sind, über die Samenspende zu sprechen. Es ist gut möglich, dass die Aufklärungsquote noch geringer ist. Grundsätzlich verleitet die schwierige Familienkonstellation mit einem Spender als Drittem, der eine Bedeutung für das Kind haben kann, zur Geheimhaltung. Man versucht eine ganz normale Familie zu sein, in der es keine Konkurrenz zum Vater gibt. Die derzeitigen gesetzlichen Regelungen adressieren dieses Problem leider nicht. Seit fünf Monaten gibt es das Samenspenderegister. Aber um dort eine Anfrage stellen zu können, muss man Verdacht schöpfen, durch eine Samenspende gezeugt worden zu sein. Daher setzt sich der Verein Spenderkinder, wie viele Spenderkindervereine aus anderen Ländern, für eine Eintragung des Samenspenders im Geburtenregister ein. Das würde der Rechtslage bei Adoptierten entsprechen. Hier hat die Eintragung der Geburtseltern im Geburtenregister dazu geführt, dass geschätzte 90 bis 95 Prozent der Adoptierten von den Adoptiveltern über ihre Herkunft aufgeklärt werden. Durch die umfangreichen Vorbereitungen auf diese Form der Familiengründung wissen die Adoptiveltern, dass die Chancen, dass diese Kinder ihre Abstammung in Zukunft ohne ihre Mitwirkung erfragen können, z. B. wenn sie einen Auszug aus dem Geburtenregister für eine Eheschließung benötigen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an das Deutsche Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (DIJuF). Ihr Institut war Mitglied in dem vom Bundesjustizminister in der vergangenen Wahlperiode eingerichteten Arbeitskreis Abstammungsrecht. Dieser hat im vergangenen Jahr seinen ausführlichen Abschlussbericht vorgelegt und 91 Thesen zur Reform des Abstammungsrechts vorgelegt. Ein zentraler Problemkreis wurde bei der Eltern-Kind-Zuordnung nach ärztlich assistierter Reproduktion gesehen. Könnten Sie bitte die wesentlichen Feststellungen dazu zusammenfassen?



Sve **Ruhan Karakul** (Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (DIJuF)): Ich muss Ihnen gestehen, ich bin ganz neu beim Institut und die Thesen sind mir leider nicht bekannt.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich frage den Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren e. V. Welche Paarkonstellationen kommen mit dem Wunsch nach Behandlung zu Ihnen? Welche Rolle spielt in den unterschiedlichen Paarkonstellationen die Finanzierung der Behandlung?

SV **Dr. Ulrich Hilland** (Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschland e. V. (BRZ)): Ich darf mit dem letzten Teil Ihrer Frage beginnen. Die Finanzierung spielt für viele Paare eine sehr große Rolle. Wir haben Paare aus den unterschiedlichsten Einkommensschichten und wenn das Einkommen relativ gering ist, ist das von erheblicher Bedeutung. Ich kann nicht in Zahlen fassen, wie viele Paare die Leistung aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen. Wir können aber über unsere Geschäftsstelle feststellen, dass es gerade bei sogenannten gemischt Versicherten immer wieder Fragen zur Finanzierung und deren Handhabung gibt. Finanzielle Fragen sind ein großes Thema. Sie hatten nach dem Zusammenhang zwischen Paarkonstellation und Finanzierung gefragt: Die meisten überwiegend verheirateten Paare haben Ansprüche gegenüber der GKV. Wir haben allerdings keine konkreten Zahlen. Ich wüsste auch nicht, dass sie erfasst werden. Es könnte vielleicht Herr Prof. Dr. Krüssel beantworten, ob die Daten im IVF-Register erfasst werden. Der Partnerstatus wird meines Wissens nicht erfasst. Der Inanspruchnahme unserer Leistungen durch gleichgeschlechtliche weibliche Paare steht in vielen Bundesländern das Berufsrecht entgegen. Es ist allerdings gleichwohl so, dass das eine oder andere Zentrum sich über das Berufsrecht insoweit hinwegsetzt, weil hier Eingriffe in das Persönlichkeitsrecht der betroffenen Frauen vorgenommen werden. Das kann das Berufsrecht nicht regeln. Wir haben hier in Berlin keine Regelung, die es den Ärzten untersagt, solche Behandlungen durchzuführen. In Bayern gilt das sinngemäß ebenso. Daten dazu gibt es aber nicht.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Vertreterin von Spenderkinder e. V. und an die Bundesärztekammer. Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation hinsichtlich der unabhängigen psychosozialen Beratung von Wunscheltern bei der künstlichen Befruchtung? Sehen Sie gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

Sve **Christina Motejl** (Spenderkinder): Wir sehen gesetzlichen Handlungsbedarf. Eine Familiengründung zu Dritt ist für alle Beteiligten psychologisch komplex und herausfordernd. Aus unserer Sicht spricht die Tatsache, dass mindestens 70 Prozent der Eltern das über Samenspende gezeugte Kind nicht über seine Abstammung aufklären, nach wie vor für einen erheblichen Beratungsbedarf. Einige Eltern vermitteln ihrem Kind, dass es kein Interesse am biologischen Vater haben sollte. Damit sich die Wunscheltern vor ihrer Entscheidung gut informieren, halten wir eine einmalige, verpflichtende psychosoziale Aufklärung über die Herausforderungen und über die Rechte der Kinder für absolut notwendig. Derzeit sieht das Samenspenderegistergesetz eine Aufklärung vor. Das ist etwas anderes als eine Beratung. Die Aufklärung erstreckt sich lediglich auf die Bedeutung, die das Recht auf Kenntnis der Abstammung für die Entwicklung eines Menschen hat. Auf die Möglichkeit der Beratung muss nur hingewiesen werden. Das Samenspenderegistergesetz sieht außerdem eine Aufklärung durch die Einrichtung der medizinischen Versorgung vor. Aus unserer Sicht ist eine unabhängige Beratung durch eine qualifizierte Person, die eine entsprechende Ausbildung hat und nicht mit dieser Einrichtung verbunden ist, erforderlich. Die Zentren bzw. die Ärzte haben ein eigenes Interesse an der Durchführung dieser Behandlung und haben Wunscheltern in der Vergangenheit oft falsch oder unzureichend beraten. Häufig wurde empfohlen, die Samenspende vor dem Kind geheim zu halten. Die möglichen Auswirkungen auf die Familienkonstellation wurden verschwiegen oder auch klein geredet.

Sve **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir halten die psychosoziale Beratung im Rahmen der assistierten Reproduktion für einen wesentlichen Bestandteil. Nicht nur in besonderen Konstellationen wie bei homosexuellen Paaren, sondern insgesamt. Deswegen haben wir im Frühjahr dieses Jahres, als wir die neue Richtlinie der



Bundesärztekammer zur assistierten Reproduktion nach § 16b Transplantationsgesetz (TPG) veröffentlicht haben, einen Schwerpunkt darauf gelegt. Die assistierte Reproduktion ist mit psychosozialen Belastungen während der Behandlung, mit Auswirkungen auf die Partnerschaft und Fragen, was passiert, wenn das gewünschte Kind sich nicht einstellt, verbunden. Diese Fragen sind von großer Bedeutung für die Behandlung der Paare und frühzeitig zu adressieren. Die Richtlinie entspricht dem Stand der Wissenschaft. Wir haben eine große Umstellung vollzogen, weg von den seit Mitte der 80er Jahre bestehenden berufsrechtlichen Regelungen, die deutlich breiter angelegt waren. Wenn Sie die alte Musterrichtlinie kennen, wissen Sie, dass diese im hinteren Bereich Kommentarfunktion hatte, wo die gesellschaftspolitischen Fragen, die heute hier aufgeworfen werden, adressiert worden sind. In dem Bewusstsein, dass das keine urärztliche Aufgabe ist, haben wir uns darauf beschränkt, den Stand der Wissenschaft in diesen Bereich festzuschreiben und die gesellschaftspolitischen Fragen zu verweisen.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Der Verein DI-Netz schreibt in seiner Stellungnahme, ein Grund, warum assistierte reproduktionsmedizinische Behandlungen manchmal nicht im Sinne der GKV für förderungsfähig gehalten würden, sei der Vorwurf einer vermeintlich zu geringen Erfolgsquote. Eine schlechte Prognose widerspreche dem Wirtschaftlichkeitsgebot einer GKV-Finanzierung. Wie begegnen Sie dieser Aussage?

Sve **Ulrike Gust** (GKV-Spitzenverband): Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich in ihrem Handeln am Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V auszurichten. Im Bereich des § 27a SGB V hat der Gesetzgeber sowohl die Anzahl der Versuche als auch das Alter festgelegt. Es wurden dort vermutlich auf Wahrscheinlichkeiten beruhende Festlegungen getroffen. Dem GKV-Spitzenverband ist nicht bekannt, dass es dazu Diskussionen innerhalb der GKV gibt. Der Leistungsanspruch ist per Gesetz beschrieben, die Richtlinien des G-BA geben vor, welche Maßnahmen durchgeführt werden können. Ich kann mir nicht vorstellen, dass eine Behandlung aus Wirtschaftlichkeitsgründen abgelehnt werde.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Die erste Frage geht an den Lesben- und Schwulenverband. Sie betonen, dass Sie für das Recht aller Menschen auf eine selbstbestimmte Sexualität eintreten. Müssten nicht auch für alleinstehende homosexuelle Männer und homosexuelle männliche Paare Regelungen wie die Bezahlung von Leihmutter-schaften auf Kassenrezept oder ähnliches vorgesehen werden?

Sve **Gabriela Lünsmann** (Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e. V. (LSVD)): Hier geht es um die Finanzierung von assistierter Reproduktion und die kann man von der Frage der Finanzierung von Leihmutter-schaft trennen. Es bedingt sich keinesfalls zwingend. Im Übrigen geht es hier um die Frage, wie sich Kinder in diesen Familien entwickeln und es geht um einen diskriminierungsfreien Zugang zu der jetzigen gesetzlichen Regelung im § 27a SGB V. Diese wirft eine Vielzahl von Fragen auf, weil sie sehr inkonsistent ist und den Flickenteppich deutlich macht, den die landes- und bundesrechtlichen Regelungen zurzeit darstellen. Das sehen Sie an unserem Fallbeispiel. Wir haben aktuell die Situation, dass die Kostenübernahme oder die Bezuschussung durch Bund und Land davon abhängig, ob sie Beamtin sind oder Angestellte, ob sie bei der gesetzlichen oder der privaten Krankenkasse versichert sind oder ob die Fruchtbarkeitsstörung beim Mann oder bei der Frau liegt. Diese gesetzliche Regelung hat dringenden Reformbedarf und eine Reform muss einen diskriminierungsfreien Zugang sicherstellen.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Eine Frage an Wunschkind e. V. Sie sind der Meinung, dass eine Fortpflanzungsbehinderung eine Behinderung im Sinne des § 2 Absatz 1 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) ist. Wie rechtfertigen Sie, dass alleine Behinderten soziale Vergünstigungen, Gesundheitsdienste usw. angeboten werden sollen? Ordnen Sie diese Kategorie auch gesunden alleinstehenden Frauen, die sich ein Kind wünschen, zu?

SV **Andreas Maria Wucherpfennig** (Wunschkind e. V.): Wunschkind ist ein bundesweiter Verband, der sich mit allen Fragen des Kinderwunsches befasst. Ich möchte das Gesetz in den Vordergrund stellen. In § 27 SGB V heißt es, dass ein



Versicherter Anspruch auf eine Krankenbehandlung hat. Eine Krankenbehandlung ist auch eine Maßnahme zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Damit ist die ungewollte Kinderlosigkeit eine Krankheit. Das sagt auch der Bundesgerichtshof. Es kommt darauf an, welche Maßnahme durchgeführt wird, die nach ärztlicher Feststellung erforderlich ist und hinreichenden Erfolg hat. Weiter gibt es einen Rahmen, der besagt, dass eine Behandlung nicht mehr als dreimal durchgeführt werden kann, dass es keinen Anspruch gibt, wenn die Altersgrenze überschritten ist, dass nur 50 Prozent der Behandlungskosten erstattet werden, dass das Paar miteinander verheiratet sein und Ei- und Samenzellen des Ehepaares verwendet werden müssen. Die Festlegung auf drei Versuche ist eine starre Grenze und steht im Widerspruch zu der Grundkonzeption des Gesetzes, wonach ärztlich beraten und festgestellt werden soll. In der privaten Krankenversicherung wird das anders beurteilt. Dort wird die Erfolgswahrscheinlichkeit nach allen möglichen Kriterien hinterfragt. Es gibt die 15 Prozent-Regelung. Wir haben aber auch ein IVF-Register und dort haben wir auch Relationen. Wir können formal an die Frage, was ist erfolgreich, herangehen. Die Altersgrenzen sehen so aus, dass das Paar mindestens 25 Jahre alt sein muss, dass die Frau nicht älter als 40 Jahre und der Mann nicht älter als 50 Jahre alt sein darf. Danach gibt es keinen Anspruch mehr. Das heißt, wenn ich einen Antrag einen Tag vor dem 40. Lebensjahr stelle, besteht Anspruch, am Tag darauf fällt er weg. Das zeigt schon das Problem. Die hinreichende Feststellung der Erfolgsaussichten, der Förderlichkeit durch einen Arzt, ist wesentlich. Da können wir das IVF-Register nehmen, aber wir können keine starre Regelung treffen.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Können wir das unterbrechen, er antwortet nicht auf meine Frage.

Der **Vorsitzende**: Es ist nicht üblich, dass der Fragende festlegt, welche Antwort er bekommt.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Okay.

SV Andreas Maria Wucherpfennig (Wunschkind e. V.): Gesetzliche und private Krankenversicherung müssen im Einklang stehen. Es muss eine

Gleichbehandlung herbeigeführt und es muss abgewogen werden, wie das erreicht werden kann. Weiter gibt es eine Regelung, dass 50 Prozent der Kosten erstattet werden. Diese Regelung dient lediglich der Kostenersparnis. Sie könnte gestrichen werden. Wenn ich die Voraussetzungen anschau, und die sollen hier beraten werden, komme ich zum Erfordernis der Ehe. Das Kindeswohl steht an erster Stelle. Liebe, Zuneigung und Verlässlichkeit sollen erreicht werden. Das Kind soll die größtmögliche Basis bekommen. Hier stellt sich die Frage nach der Lebenswirklichkeit. In der privaten Versicherung ist es eine Frage der Gleichbehandlung. Dort heißt es, zuletzt vom Oberlandesgericht in Hamm beurteilt, dass Paare nicht miteinander verheiratet sein müssen. Der Gleichbehandlungsgrundsatz ist auch bei der Samenspende in der heterologen Behandlung von Bedeutung. Der Grundsatz ist wiederum die erforderliche Behandlung. Ist sie notwendig? Wie erfolgsversprechend ist sie? Wenn wir jetzt den Fall nehmen, dass ein Mann unfruchtbar ist und das Paar behandelt wird, dann wird es mittels einer Samenspende behandelt. Die Samenspende ist in diesem Fall erforderlich und wenn sie erforderlich ist, erfasst sie den Gesetzeswortlaut und ist ärztlich zu beurteilen. Insofern ist auch da die Frage, ob eine Gleichbehandlung erfolgen kann. Zu den lesbischen Partnerschaften: Die Sehnsucht nach einem Kind ist bei jeder Frau mit Kinderwunsch gleich. Auch hier stellt sich die Frage nach der erforderlichen Behandlung. Wenn es eine Behandlung mittels Samenspende ist, ist sie in diesem Gesamtkontext einzuordnen. Es gilt abzuwägen, wie beurteilen wir die Samenspende bei einer lesbischen Partnerschaft im Unterschied zu einem Paar bestehend aus Mann und Frau, wo der Mann steril ist. Das ist die Frage, die hier zu beantworten ist.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Herr Vorsitzender, wir unterstützen selbstverständlich Ihre Meinung, dass die Sachverständigen das sagen sollen, was Sie sagen möchten. Es ist nur sehr schade, wenn von der geringen Zeit, die der Opposition zusteht, so viele Minuten verloren gehen. Meine nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Sehen Sie vor dem Hintergrund von ca. 100 000 Schwangerschaftsabbrüchen pro Jahr, meistens mit sozialer Indikation, andere Möglichkeiten, zum Beispiel die Vermittlung von an einer Stelle als



unpassend empfunden und letztendlich beseitigter Kinder hin zur anderen Stelle, wo die Kinder aus Selbstbestimmungsgründen gerne gesehen werden, anstatt hier für beide Stellen Geld der Versicherten auszugeben?

Sve Ulrike Gust (GKV-Spitzenverband): Das ist eine ethisch-moralische Frage und es fällt mir sehr schwer diese zu beantworten. Mein gesundheitspolitisches Mandat geht in eine andere Richtung. Natürlich kann man beide Themen miteinander verknüpfen, aber das halte ich vor dem Hintergrund, dass aktuell der Anspruch auf Kostenerstattung für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung beraten werden soll, nicht für sinnvoll. Ob und inwieweit Frauen im Rahmen der Schwangerschaftsberatung oder Empfängnisverhütung weiterhin zum Adoptionsrecht aufgeklärt werden sollten – dazu gibt es das Schwangerschaftskonfliktgesetz –, wäre an anderer Stelle zu bewerten. Es tut mir leid, dass ich inhaltlich nicht mehr dazu sagen kann.

Abg. Dr. Robby Schlund (AfD): Ich möchte trotzdem bei Wunschkind e. V. nochmal nachfragen, weil ich mit der Beantwortung nicht zufrieden war. Es ging um das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz. Sie haben dazu geschrieben, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden kann. Jetzt nochmal die Frage: Ordnen Sie gesunde alleinstehende Frauen, die sich ein Kind wünschen, in diese Kategorie ein? Sind diese behindert?

SV Andreas Maria Wucherpfennig (Wunschkind e. V.): In unserer Stellungnahme steht nicht, dass es um einzelne Personen geht, sondern wir reden von einem Paar, in welcher Konstellation auch immer. Insofern geht es nicht um die Kostenerstattung für alleinstehende Frauen oder Männer.

Abg. Prof. Dr. Axel Gehrke (AfD): Ich habe eine Frage an den Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren. Viele Deutsche nutzen heute wegen der Einschränkung hier bei uns die Zentren im EU-Ausland für die künstliche Befruchtung. Wieviel Geld könnte man zukünftig in Deutschland behalten, wenn die Vorstellung der Grünen und Linken Realität werden würden? Wie würden Sie die wirtschaftliche Entwicklung Ihrer Branche,

auch was die Zahl der Arbeitsplätze usw. angeht, einschätzen?

SV Dr. Ulrich Hilland (Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschland e. V. (BRZ)): Die zweite Frage kann ich Ihnen nicht beantworten. Darüber gibt es keine Daten. Ich kann Ihnen auch nicht sagen, wie sich die Dinge entwickeln würden, wenn der Gesetzentwurf der Grünen tatsächlich Gesetzeskraft erlangen würde. In Übrigen erlaube ich mir den Hinweis, dass ich mich in diesem Zusammenhang gegen den Begriff „Branche“ wehre. Wir sind primärärztlich tätig.

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP): Herr Prof. Dr. Krüssel, in Ihrer Stellungnahme regen Sie eine Kostenübernahme für Kryokonservierung an. Können Sie uns den Hintergrund der Forderung erläutern?

ESV Prof. Dr. Jan-Steffen Krüssel: Ich darf mich kurz vorstellen. Ich bin hier als Einzelsachverständiger und weil ich mich als Arzt täglich mit der Reproduktionsmedizin befasse. Ich leite ein großes universitäres Kinderwunschzentrum, gleichzeitig bin ich als Hochschullehrer im Rahmen von Forschung und Lehre tätig und unter anderem Mitglied im Vorstand des Deutschen IVF-Registers, das alle Zahlen, die häufiger zitiert worden sind, zusammenträgt und auswertet. Auf der Grundlage dieser Erfahrungen kann ich Ihnen die Fragen beantworten. Grundsätzlich unterstütze ich die beiden Gesetzesentwürfe, weil ich denke, dass das Ausmaß des Leidens von Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch weder abhängig ist vom Wohnort noch davon, ob diese Menschen ledig oder verpartnert oder verheiratet oder alleinstehend sind. Ich bin Arzt geworden, weil ich das Leid der Menschen lindern oder heilen wollte und ich bin heute als Reproduktionsmediziner zum Halbjuristen geworden, weil alle gesetzlichen Regelungen, die sich damit befassen, von uns bedient und beachtet werden müssen. Ich finde, dass die Kosten für die Kryokonservierung übernommen werden sollten, weil sich viele Paare die Kryokonservierung von überzähligen befruchteten Eizellen oder im Einzelfall anfallenden Embryonen nicht leisten können und darum von vornherein auf einen bestimmten Aspekt unsere Kinderwunsch-



behandlung verzichten müssen. Das wäre anders, wenn die Kryokonservierung bei der Reproduktionsmedizin übernommen werden würde. Ein Beispiel: Wir haben in Deutschland ein Embryonenschutzgesetz, das ist schon viele Jahre alt und nach wie vor fast unverändert gültig. In diesem Gesetz steht, dass wir als Reproduktionsmediziner in Deutschland maximal drei Embryonen einer Frau transferieren dürfen. Das kommt aus den Anfängen der Methode, wo das durchaus üblich war und wo man sich die jetzt noch immer sehr guten Schwangerschaftsraten dadurch erkaufte, dass man Frauen ganz bewusst mehrere Embryonen transferiert und damit auch ein Mehrlingsrisiko in Kauf genommen hat. Das ist aus heutiger Sicht untragbar. Das Mehrlingsrisiko ist eines der großen Risiken der gesamten Reproduktionsmedizin. Man könnte die Paare sehr viel einfacher davon überzeugen, sich nur einen oder zwei Embryonen einsetzen zu lassen, wenn die überzähligen befruchteten Eizellen kryokonserviert und die Kosten dafür übernommen werden würden. Viele Paare können sich das nicht leisten und entschließen sich trotz unserer Bemühungen und unserer Überzeugung, dass weniger Embryonen transferiert werden sollten, für Mehrfachtransfers. Das könnte verhindert werden, wenn die Kosten der Kryokonservierung mit übernommen werden würden.

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP): Die nächste Frage geht an Herrn Prof. Hilland. Frau Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu hat Ihrer Stellungnahme einen Artikel beigelegt, der überschrieben ist mit „das Risiko der Retortenkinder“ und sich insgesamt kritisch mit Kindern, die aus künstlicher Befruchtung stammen, befasst. Können Sie hierzu Stellung nehmen?

SV Dr. Ulrich Hilland (Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschland e. V. (BRZ)): Es gibt Hinweise, und das ist Teil der Aufklärung, dass es bei Kindern, die durch reproduktionsmedizinische Maßnahmen im engeren Sinne, damit ist die In-vitro-Fertilisation bzw. die Intrazytoplasmatische Spermatozooninjektion (ICSI) gemeint, zu erhöhten Wahrscheinlichkeiten von Fehlbildungen kommt. Es ist sehr vielgestaltig, was darunter zu verstehen ist. Aktuell hat eine Schweizer Arbeitsgruppe publiziert, dass Hochdruckerkrankungen bei Kindern zu beobachten sind. Auch

dies hat Eingang gefunden in unsere Aufklärungsbögen, ist also Gegenstand der Aufklärung. Es obliegt jedem einzelnen Paar zu entscheiden, ob es diese Risiken für sein Kind in Kauf nehmen will. Das ist ein Risiko und es hat bereits das Bundessozialgericht entschieden, als die ICSI-Behandlung als GKV-Leistung späterhin als Folge dessen in das Gesetz und in die G-BA-Richtlinien eingeführt wurde, dass dieses Risiko weder einer Überprüfung durch den Arzt noch durch den Gesetzgeber oder in diesem Falle des G-BA unterliegen kann. Aufklärung ist erforderlich, das ist selbstverständlich, aber dann ist das Persönlichkeitsrecht des Paares zu beachten. Es muss entscheiden, ob sie unter diesem leicht erhöhten Risiko die Behandlung durchführen lassen wollen.

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP): Herr Prof. Dr. Krüssel, eine Frage jenseits der vorliegenden Anträge. Wir treten als Fraktion auch für eine Legalisierung der Eizellspende ein. Spricht aus medizinischen Gründen aus Ihrer Sicht etwas dagegen? Wird das in Ihrer täglichen Praxis nachgefragt?

ESV Prof. Dr. Jan-Steffen Krüssel: Die Eizellspende wird tatsächlich häufig nachgefragt, weil das für viele Frauen oder Paare nach Ausschöpfen aller erlaubten Maßnahmen der einzige Weg wäre, eine Schwangerschaft einzugehen. Diese Schwangerschaft wäre auszutragen und ein Kind zu gebären. Einer der Hauptgründe, warum wir hier in Deutschland irgendwann nicht mehr weiterhelfen können, ist die abnehmende Qualität der Eizellen. Die Quantität der Eizellen der Frau ist von Natur aus begrenzt. Im Ausland werden diese Behandlung vielfach routinemäßig angeboten. Wir schätzen, dass aus Deutschland zwischen 1 500 und 3 000 Paare, es gibt Leute die sagen 4 000 Paare, pro Jahr eine Eizellspende im Ausland in Anspruch nehmen. Wir würden uns sehr wünschen, dass wir diese Paare unter den geltenden hohen medizinischen Standards vor Ort behandeln könnten und diese Paare nicht ins Ausland getrieben würden. Eines der Hauptargumente, die aus unserer Sicht dafür sprechen, neben der in unserer Hand liegenden Möglichkeit, das gesetzlich zu regeln, ist das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Herkunft. Dies ist ein sehr hohes deutsches Rechtsgut. Wir treiben diese Paare sehenden Auges ins Ausland, um sich behandeln zu lassen.



In Tschechien oder Spanien, wo viele dieser Paare behandelt werden, ist die Eizellspende anonym. Das heißt, die Kinder, die dort entstehen, haben niemals die Möglichkeit, auch wenn sie nach deutschem Recht den Anspruch hätten, ihre genetische Herkunft zu erfahren. Das sollten wir mitbedenken und deshalb wünschen wir uns als Reproduktionsmedizinerin und Reproduktionsmediziner, dass uns diese Möglichkeit in Deutschland eröffnet wird. Wir sind fast das einzige Land in Europa, wo diese Behandlung noch nicht erlaubt ist. Selbst in Österreich und in der Schweiz sind die Gesetze gerade geändert worden.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Herr Prof. Dr. Krüssel, könnten Sie mir den Hintergrund für Ihre Forderung nach der Erstattung sämtlicher Kosten für die Durchführung der Präimplantationsdiagnostik (PID) erklären?

ESV **Prof. Dr. Jan-Steffen Krüssel**: Bei allem Respekt für das PID-Gesetz, das eine Sternstunde der Demokratie war, ist es nicht so, dass es sich jedes Paar leisten kann, diese medizinisch notwendige Behandlung durchführen zu lassen. Wir beobachten, dass ein Großteil der Paare aufgrund finanzieller Probleme weiterhin ins Ausland geht, um sich dort behandeln zu lassen. Zum Beispiel muss hier in Deutschland ein Antrag an eine Ethik-Kommission gestellt werden. Das kann, je nachdem bei welcher Ethik-Kommission man diesen Antrag stellt, zwischen 300 und 1 700 Euro kosten. Der Ausgang ist ungewiss, sodass Paare nach dem Gesetz zwar die Möglichkeit hätten, aber faktisch durch die fehlende Finanzierungsmöglichkeit daran gehindert werden. Soweit ich informiert bin, hat der Bundesrat gerade empfohlen, dass die PID-Finanzierung übernommen werden soll, um den Paaren die Möglichkeit zu geben, die Behandlung in Deutschland unter den hier gültigen Bedingungen in Anspruch zu nehmen.

Abg. **Cornelia Möhring** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht ebenfalls an Prof. Dr. Krüssel. Wie definieren Sie medizinische Notwendigkeit in Bezug auf künstliche Befruchtung? Welche Vorgaben würden Sie sich dafür im Gesetz wünschen, wenn damit der in unserem Antrag formulierte breite Leistungsanspruch in der Praxis umgesetzt werden könnte?

ESV **Prof. Dr. Jan-Steffen Krüssel**: Das ist eine sehr gute Frage, weil ich sie nur schwer beantworten kann. In den vorliegenden Anträgen wird auf die medizinischen Gründe oder medizinisch begründete Kinderlosigkeit hingewiesen. Das heißt, jetzt ist es wieder so, dass wir als Reproduktionsmedizinerinnen und Reproduktionsmediziner diese Entscheidung treffen müssen. Das wird dazu führen, dass es auch unter uns, wir sind uns in unserer Community nicht einig, unterschiedliche Interpretation dazu geben wird. Es wurde vorhin bereits gesagt, dass es kein medizinischer Grund sei, wenn eine alleinstehende Frau sich nicht fortpflanzen kann, nur weil sie kein Sperma hat. Wenn ein gleichgeschlechtliches lesbisches Paar sich nicht fortpflanzen kann, hat das einen biologischen Grund. Ich persönlich sehe das anders. Ich würde mich durchaus damit einverstanden erklären können, das als eine medizinische Notwendigkeit zu definieren. Das mögen andere Kollegen durchaus anders sehen. In Deutschland wird ein großer Teil der IVF und ICSI-Behandlungen aus einem anderen nicht medizinischen Grund, nämlich dem Alter der Frau, durchgeführt. Ein ganz großer Teil der Behandlungen wird, auch wenn keine definitive Sterilitätsursache, die dazu führt, dass Paare nicht anders schwanger werden können als durch eine künstliche Befruchtung, vorliegt, in dieser Konstellation vorgenommen, weil das Alter der Frau die Wahrscheinlichkeit auf einem anderen Wege schwanger zu werden, so gering scheinen lässt, dass fast keine andere Möglichkeit bleibt. Das ist eine täglich gelebte Situation, in der eine nicht medizinische Indikation dazu führt, dass wir diese Behandlung durchführen. Ich kann das nicht definieren, deshalb würde ich mir sehr wünschen, dass der Gesetzgeber das definiert und uns sagt: Wir haben kein Problem damit, dass ihr in der Reproduktionsmedizin alleinstehende oder lesbische Frauen in einer Partnerschaft behandelt. Das auf uns Ärztinnen und Ärzte abzuwälzen und zu sagen, ihr dürft das, aber ihr müsst sagen, ob eine medizinische Notwendigkeit besteht, wird dazu führen, dass wir uns wieder in Diskussionen verlieren werden. Ich glaube, das ist nicht die Intention dieser beiden Gesetzesanträge.

Abg. **Doris Achelwilm** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Frau Lünsmann vom LSVD. Mich würde interessieren, welche Rolle aus Ihrer Sicht für die kassenärztliche Erstattung von künstlicher



Befruchtung oder heterologer Insemination die Geschlechterkombination von Paaren darstellt und welche Rolle sie aus Ihrer Sicht spielen sollte?

SVe **Gabriela Lünsmann** (Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e. V. (LSVD)): Die kassenärztliche Finanzierung spielt für gleichgeschlechtliche und verschiedengeschlechtliche Paare eine große Rolle. Das heißt, der Zugang zur Kostenübernahme ist ein ganz wichtiger Faktor. Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch Klarheit und Planbarkeit. Aktuell ist die Situation so, dass aufgrund der unsicheren Rechtslage eine Vielzahl von Dingen stattfindet, die rechtlich unsinnig sind. Beispielsweise werden gleichgeschlechtliche Paare, die reproduktionsmedizinische Behandlungen in Anspruch nehmen, zu bestimmten notariellen Erklärungen aufgefordert, die rechtlich nicht vollstreckbar oder bindend sind. Es ist eine große Unsicherheit da und daher braucht es hier dringend eine Klärung.

Abg. **Sylvia Gabelmann** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an das DI-Netz. In Ihrer Stellungnahme legen Sie dar, welche Gruppen von Menschen mit den heutigen Regelungen zur künstlichen Befruchtung diskriminiert werden. Können Sie diese kurz erläutern und darstellen, was es aus Ihrer Sicht bräuchte, damit eine Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet ist?

SVe **Beate Turner** (DI-Netz e. V.): Diskriminierung, das bezeichnet eine Benachteiligung oder Herabwürdigung von Menschen nach Maßgabe bestimmter Wertvorstellungen oder aufgrund unreflektierter, zum Teil unbewusster Einstellungen und Vorurteile. Wenn wir die Benachteiligung aufgrund der sexuellen Orientierung, aufgrund der Familiengründung mit Samenspende oder einfach nur aufgrund der persönlichen Lebensweise, z. B. nicht verheiratet, betrachten, geht es um Diskriminierung. Die Ursache für diese Diskriminierung liegt zu einem großen Teil bei einer mit dem sogenannten traditionellen Familienbild, dem verheirateten Ehepaar, Mann und Frau mit den genetisch gemeinsamen Kindern, verbundenen Wertvorstellung. Dabei gibt es dieses Familienbild, die Kernfamilie, erst seit dem Bürgertum. Es wäre horisontweiternd, sich mit Familienbildern aus anderen

Kulturen und auch nicht christlichen Religionen zu beschäftigen. Vielleicht würde das denen, die nur die Kernfamilie fördern wollen, zeigen, dass unsere Welt bunter ist, als sie sich das vorstellen können und dass nicht nur die eine Familienform einziges Kulturgut für ein Kind ist. Diskriminierte Gruppen sind zum einen verheiratete und nicht verheiratete Paare bestehend aus Mann und Frau, bei denen der Mann unfruchtbar ist und die sich deshalb für eine Familiengründung mit Samenspende entschieden haben. Ich spreche in Bezug auf die Kostenübernahme insbesondere über die Fälle, bei denen auch bei der Frau eine Fertilitätsstörung vorliegt. Zweitens sind das lesbische Paare. Wer sehr traditionell denkt, stößt sich bereits an deren Lebensweise. Manchmal werden nur Gründe gesucht, die heute noch überzeugen können. Da wird gerne unreflektiert das Kindeswohl herangezogen. Drittens sind es generell nicht verheiratete Paare, sogenannte wilde Ehen. Hinzu kommen alleinstehende Frauen mit Fertilitätsstörung. Ich betone die Frauen mit Fertilitätsstörung deshalb, weil Frauen mit derselben Diagnose aufgrund ihrer Lebensumstände unterschiedlich behandelt werden. Die GKV zahlt einer Frau mit einem gebrochenen Bein in jedem Fall die Behandlung, egal ob sie homosexuell, heterosexuell verheiratet oder unverheiratet ist. Ganz im Gegensatz zu der Frau mit verschlossenen Eileitern und Kinderwunsch. Sie muss mit einem zeugungsunfähigen Mann verheiratet sein, um von der GKV unterstützt zu werden. Das widerspricht dem Gleichheitsgrundsatz: Gleiche Diagnose, aber unterschiedliche soziale Achtung. Sprechen wir über die Benachteiligung aufgrund des Wohnorts oder aufgrund des Alters, geht es nicht um Diskriminierung, sondern es geht um die Ungleichbehandlung. Sprechen wir über geringverdienende Frauen, geht es um eine nicht bestehende Chancengleichheit. Was brauchen wir für die Gleichbehandlung aller Versicherten? Wir brauchen eine Kostenübernahme in gleicher Höhe. Wenn eine heterosexuelle mit einem fortpflanzungsfähigen Mann verheiratete Berlinerin, deren Eileiter verschlossen sind, drei IVF zu 75 Prozent bezuschusst bekommt, sollten die in einer lesbischen Partnerschaft lebende unverheiratete Münchnerin oder die mit einem unfruchtbaren Mann verheiratete Hamburgerin mit derselben Diagnose ihre IVF ebenfalls dreimal zu 75 Prozent bezuschusst bekommen. Da das Bedürfnis nach der Familie fundamental ist, sollte ein Sozialstaat ungewollt Kinderlose mit geringem



Einkommen so unterstützen, dass sie in der Lage sind, ihre IVF oder ICSI zu finanzieren. Ich hätte gerne noch eine Sache richtig gestellt: Vorhin wurde gesagt, es gebe eine Aufklärungsrate von nur 30 Prozent. Dazu sind mir keine Studien bekannt. Ich glaube, das ist eine geschätzte Zahl. Es gibt keine Studien zur Aufklärungsrate. Wir haben auch nicht gesagt, dass es eine geringe Erfolgsquote bei der IVF gibt, im Gegenteil. Die Quote ist fast so hoch wie in natürlichen Zyklen.

Abg. **Cornelia Möhring** (DIE LINKE.): Eine ganz kurze Frage, eine kurze Antwort von Prof. Dr. Krüssel. Ich würde gern von Ihnen wissen, welche finanziellen und emotionalen Folgen das geltende Flickwerk für diejenigen hat, die sich ein Kind wünschen?

ESV **Prof. Dr. Jan-Steffen Krüssel**: Katastrophale Folgen, was soll ich in 15 Sekunden dazu sagen? Die Paare, die sich das nicht leisten können, müssen nach alternativen Modellen suchen. Entweder entscheiden sie sich, die Behandlung nicht durchzuführen oder sie müssen das anders finanzieren, durch Unterstützung der Familie oder tatsächlich durch Kredite.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNE): Wir wollen mit unserem Gesetzentwurf erreichen, dass nichteheliche Lebensgemeinschaften und lesbische Partnerschaften in den Anspruch des § 27a SGB V kommen und auf der gleichen Grundlage wie bisher einbezogen werden. In dem Sinne geht es auch um einen Gleichstellungsanspruch. Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Dethloff. Inwieweit stellt der Ausschluss von Befruchtung mittels Samenspende aus der Förderung nach § 27a SGB V eine ungerechtfertigte Benachteiligung solcher Paare dar, die aus medizinischen Gründen auf eine solche Befruchtung angewiesen sind? Was bedeutet dieser Ausschluss insbesondere für gleichgeschlechtliche Paare?

ESVe **Prof. Dr. Nina Dethloff**: Ich halte den Ausschluss von verheirateten, gleichgeschlechtlichen Paaren von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung weder für zeitgemäß noch in rechtlicher Hinsicht für haltbar. Die gesellschaftlichen Verhältnisse haben sich grundlegend gewandelt.

Viele unverheiratete und gleichgeschlechtliche Paare wünschen sich heute ein Leben mit Kindern, denen sie Liebe und Zuwendung schenken können. Jedes Paar und jeder Mensch kann von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen sein. In welcher Form der Partnerschaft jemand lebt, stellt seine eigene Entscheidung dar, die von der grundrechtlich geschützten freien Entfaltung der Persönlichkeit umfasst ist. Ebenso ist die Entscheidung für ein Leben mit Kindern als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts in einem elementaren Bereich der Persönlichkeit auch durch die Verfassung gewährleistet. Dies bedeutet, dass der Zugang zur assistierten Reproduktion allen Menschen diskriminierungsfrei gewährt werden muss. Beschränkungen aufgrund von Status und sexueller Orientierung sind nur zulässig, wenn sie durch sachliche Gründe gerechtfertigt sind. Bei jeglicher Art von Leistung zur Förderung der künstlichen Befruchtung ist der Gesetzgeber grundsätzlich zur Gleichbehandlung verpflichtet. Dies bedeutet, dass unverheiratete Paare nur von Leistungen der Krankenversicherung ausgeschlossen werden dürfen, wenn sachliche Gründe diese Ungleichbehandlung rechtfertigen. Der Status der Ehe stellt heute keinen solchen Grund mehr dar. Weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht ist die Ehe ein Garant für besondere Stabilität oder eine bessere Lebensbasis für das Aufwachsen von Kindern. Das Bürgerliche Gesetzbuch sieht zwar vor, dass die Ehe auf Lebenszeit geschlossen wird, übrigens eingeführt als die Scheidung erleichtert wurde durch Einführung des Zerrüttungsprinzips, die Scheidungsraten steigen aber ständig an. Eine Scheidung ist heute relativ einfach und allein aufgrund des Wunsches nur eines Partners möglich. Darauf kommt es aber nicht entscheidend an. Der Vergleich der Stabilität von Ehe und nichtehelicher Lebensgemeinschaft greift zu kurz. Entscheidend ist der Vergleich zwischen verheirateten und unverheirateten Paaren, die sich für ein Leben mit einem gemeinsamen Kind und zudem für eine assistierte Befruchtung entscheiden. Eine solche Entscheidung treffen Paare angesichts der zu erwartenden Belastungen nicht leichtfertig. Vielmehr stellt sie einen Indikator dafür dar, dass der Wunsch nach einem Kind ernsthaft und wohlüberlegt ist. Es ist zu erwarten, dass sie sich ihrer elterlichen Verantwortung voll bewusst sind und das langersehnte Kind besonders schätzen und lieben werden. Unterschiede in der rechtlichen Absicherung von ehelicher und



nichtehelicher Elternschaft rechtfertigten einen Ausschluss unverheirateter Paare von Leistungen für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nicht. Für die Situation der Kinder kommt es nicht auf die gegenseitigen Unterhaltungspflichten der Eltern, die in einer Ehe zwischen den Partnern bestehen oder nacheheliche Ansprüche auf Zugewinn oder ähnliches an. Es kommt vielmehr auf die eigene Rechtstellung und die wirtschaftliche Absicherung an. Insoweit besteht heute vollständige Gleichstellung hinsichtlich des Unterhaltsrechts und des Erbrechts und auch hinsichtlich der Möglichkeit einer gemeinsamen Sorge für eheliche und nichteheliche Kinder. Auch der andere Elternteil, der Betreuungsunterhalt bekommen kann, ist gleichgestellt. Artikel 6 Grundgesetz schützt heute gleichermaßen verheiratete und unverheiratete Familien. Dass die Ehe keinen sachlichen Grund für eine Ungleichbehandlung bei der Verwirklichung des Kinderwunsches darstellt, erkennt das geltende Recht grundsätzlich an, denn es schließt unverheiratete Paare keineswegs von einer künstlichen Befruchtung aus. Der Ausschluss von der Finanzierung bewirkt, dass der Zugang von der wirtschaftlichen Situation des Paares abhängt. Tatsächlich wird daher nur das wohlhabende unverheiratete Paar seinen Kinderwunsch realisieren können. Das Kind eines finanziell schwächeren Paares wird schlichtweg nicht geboren werden. Soweit es um den Ausschluss gleichgeschlechtlicher Paare von der Förderung der künstlichen Befruchtung geht, hat sich die Situation durch die Öffnung der Ehe grundlegend geändert. Das Argument der Stabilität greift deshalb auch nicht mehr. Gleichgeschlechtliche Ehepaare können ihren Kinderwunsch nur mittels einer Samenspende verwirklichen, sodass die Leistungen deshalb grundsätzlich auch auf eine heterologe Befruchtung erstreckt werden müssten. Die Erstreckung auf die heterologe Befruchtung ist zu befürworten. Dem stehen auch nicht etwa Gründe des Kindeswohls entgegen. Wenn Kinder, die mittels einer Samenspende empfangen werden, frühzeitig und kindgerecht über die besonderen Umstände ihrer Zeugung informiert werden, wachsen sie genauso gut auf wie andere Kinder. Es gibt Studien sowohl aus Deutschland als auch aus England, die das belegen. Eine solche Aufklärung wird heute in den Beratungen allseits empfohlen und ist, soweit ich das weiß, gängige Praxis. Ich kenne keine Untersuchungen, die von einer Aufklärungsrate von 30 Prozent ausgehen. Seit Inkrafttreten des

Samenspenderegistergesetzes ist zudem das verfassungsrechtlich geschützte Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung gewährleistet, sodass auch diese Argumentation nicht mehr greift. Wenn sich die Leistungen künftig auch auf heterologe Befruchtungen erstrecken, hat das vor allem für Frauenpaare Bedeutung, weil eine Befruchtung mittels Samenspende für diese der einzige Weg zu einem genetisch einer der Partnerinnen verbundenen Kind ist. Dass die Kinder in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft gleichermaßen gut aufwachsen wie in heterosexuellen Partnerschaften, darüber gibt es heute keinerlei Zweifel mehr. Das hat auch das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung zu Sukzessivadoption 2013 festgestellt. Wenn gleichgeschlechtliche Paare nur von der Finanzierung ausgeschlossen werden, denn sie können ja eine Samenspende in Anspruch nehmen, hat das wiederum zur Folge, dass nur Wohlhabende die Erfüllung ihres Kinderwunsches verwirklichen können, während weniger Gutsituierte, das haben wir gehört, ins Ausland ausweichen, um auf diesem Wege eine Familie zu gründen, wenn sie nicht ganz verzichten. Weiter besteht die Gefahr, dass sie eher auf private Becherspenden ausweichen, die mit gesundheitlichen und rechtlichen Risiken verbunden sind. Es ist zwar richtig und das ist ein Aspekt, der angesprochen wurde, dass es nach wie vor einer Verbesserung der rechtlichen Stellung von Kindern, die mittels einer Samenspende in eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft hineingeboren werden, bedarf. Es ist notwendig und das haben wir beim Juristentag festgestellt und das entspricht auch den Empfehlungen des Arbeitskreises Abstammungsrecht des Justizministeriums, dass eine rechtliche Mutterschaft der Partnerin die eingewilligt hat, unmittelbar mit der Geburt geschaffen wird. Das ist vorgesehen, darüber besteht in der Rechtswissenschaft große Einigkeit.

Der Vorsitzende: Ich darf Sie bitten zum Schluss zu kommen.

ESVe Prof. Dr. Nina Dethloff: Eine rechtliche Beseitigung ist geboten, aber die bestehende Diskriminierung ist schnellstmöglich zu beenden. Sie stellt allerdings keinen Grund dafür dar, lesbische Paare von Leistungen auszuschließen und auf diese Weise zu verhindern, dass Kinder bei geringerer



wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit überhaupt entstehen. Es dürfte dem Wohl des Kindes kaum besser entsprechen, wenn es nicht geboren wird.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank an alle sachverständigen Experten. Damit haben wir die Anhörung beendet. Ich wünsche Ihnen allen einen guten Heimweg und einen schönen Abend. Vielen Dank.

Schluss der Sitzung: 17.37 Uhr

gez.
Erwin Rüddel, MdB
Vorsitzender