
Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch den Zugang zu Maßnahmen der assistierten Reproduktion auf dem höchsten wissenschaftlichen Stand ermöglichen – unabhängig von Wohnort, Familienstand und sexueller Identität

Ein White Paper mit Impulsen von:

Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel, Leiter universitäres interdisziplinäres Kinderwunschzentrum Düsseldorf (UniKiD)



Dr. med. Joachim Neuwinger, Gründer und Mitbesitzer des Kinderwunsch Centrums Nürnberg
Vorstandsvorsitzender Berufsverband Reproduktionsmedizin Bayern e.V. (BRB e.V.)



Katharina Rohmert, Ärztin pro familia Darmstadt/Bensheim und Medizinische Referentin



Dr. Petra Thorn, Sozialarbeiterin, Sozialtherapeutin und Familientherapeutin



Andreas Maria Wucherpennig, spezialisierter Rechtsanwalt für Kinderwunschartrecht



Hintergrund

Viele Menschen wünschen sich ein Leben mit Kindern. In Deutschland ist jedoch fast jedes zehnte Paar zwischen 25 und 59 Jahren ungewollt kinderlos.¹ Das liegt neben dem steigenden Anteil von Paaren mit Fruchtbarkeitsstörungen im Wesentlichen daran, dass sich der Kinderwunsch aufgrund der längeren Ausbildungsdauer und Wechsels in der Erwerbsbiographie zunehmend in eine spätere Lebensphase verschiebt, in der die natürliche Fruchtbarkeit bereits deutlich gesunken ist.

Für die Verwirklichung des Kinderwunsches stehen seit einigen Jahrzehnten zwar reproduktionsmedizinische Verfahren zur Verfügung, doch nicht jeder Mensch hat in Deutschland das gleiche Anrecht auf finanzielle Unterstützungsangebote. Gesetzlich Versicherte haben grundsätzlich nach § 27a SGB V einen gesetzlichen Anspruch darauf, dass sich ihre Krankenkasse an Maßnahmen der assistierten Reproduktion beteiligt, dies gilt jedoch nur für verheiratete heterosexuelle Paare. Alleinstehende und viele gleichgeschlechtliche Paare müssen die kostenintensiven Therapien in der Regel komplett selbstständig finanzieren. Die rechtlichen Regelungen zur assistierten Reproduktion stehen folglich im Widerspruch zu den gesellschaftlichen Vorstellungen von Ehe und Familie, die sich in den letzten 30 Jahren stark gewandelt haben.

Der rechtliche Rahmen für die Zulässigkeit von Fortpflanzungstechniken wird in Deutschland zudem maßgeblich durch das Embryonenschutzgesetz und das Transplantationsgesetz bestimmt. Seit der Verabschiedung des Embryonenschutzgesetzes im Jahr 1990 hat sich die Reproduktionsmedizin jedoch rasant weiterentwickelt. Neue diagnostische und therapeutische Maßnahmen zur Kinderwunschbehandlung stellen das Wohlbefinden der Patient:innen und das Kindeswohl gleichermaßen in den Fokus. Das Embryonenschutzgesetz deckt somit nicht den aktuellen medizinischen Stand ab.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind folglich lückenhaft, von Rechtsunsicherheit geprägt und spiegeln nicht das aktuelle Verständnis einer modernen Familie wider. Die Ampelkoalition hat diese Unstimmigkeiten erkannt und sich im Koalitionsvertrag darauf verständigt, ungewollt Kinderlose besser zu unterstützen und reproduktionsmedizinische Verfahren, die in anderen Ländern längst zum Versorgungsalltag gehören, auch in Deutschland zuzulassen. Zudem sollen künstliche Befruchtungen unabhängig von medizinischer Indikation, Familienstand und sexueller Identität förderfähig werden.

Herausforderung

Die Herausforderungen im Bereich der assistierten Reproduktionsmedizin sind vielfältig. Die gesetzlichen Regelungen schließen große Bevölkerungsgruppen von medizinischen und finanziellen Unterstützungsangeboten aus und verhindern die flächendeckende Anwendung therapeutischer Maßnahmen zur Kinderwunschbehandlung nach aktuellem medizinischem Kenntnisstand.

Um für die aktuellen Debatten kurzfristige Lösungen anzubieten, konzentriert sich dieses White Paper deshalb zum einen darauf, das Risiko von Komplikationen durch assistierte Kinderwunschbehandlung und einen rechtlichen Graubereich in der Regelversorgung mithilfe des elektiven Single-Embryonen-Transfers (eSET) aufzulösen. Dies würde sicherstellen, dass in Deutschland Maßnahmen zur Kinderwunschbehandlung nach aktuellem medizinischem Kenntnisstand durchgeführt werden können.

Zum anderen zielt das White Paper darauf ab, die sehr heterogene Finanzierungslandschaft für Menschen mit Kinderwunsch und die mangelnde finanzielle Unterstützung so zu verbessern, damit der Zugang zur Kinderwunschbehandlung nicht mehr vom Wohnort, Geschlecht, monetären Verhältnissen und der sexuellen Ausrichtung abhängt. Daher werden nachfolgend Lösungen für eine angemessene und diskriminierungsfreie Finanzierung der Kinderwunschbehandlung seitens der Krankenversicherungen und

¹ <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/schwangerschaft-und-kinderwunsch/ungewollte-kinderlosigkeit>, zuletzt geprüft am 10.01.2023

des Bund-Länder-Förderprogramms des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) empfohlen. Themen wie Eizellspende, Leihmutterchaft und die notwendige Anpassung des Abstimmungsrechts sind jedoch gleichermaßen relevant und dürfen nicht aus den Augen verloren werden.

Ziel

Es sollen gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die einen diskriminierungsfreien Zugang zu Maßnahmen der assistierten Reproduktion auf dem höchsten wissenschaftlichen Stand ermöglichen.

Problemkonkretisierung und Lösungsmöglichkeiten

Um für alle betroffenen Menschen die beste und schonendste Behandlung zu ermöglichen und die Rechte der Beteiligten, vor allem das Wohl der zukünftigen Kinder, angemessen zu berücksichtigen, sollten folgende Maßnahmen zeitnah umgesetzt werden:

(1) Ausdrückliche gesetzliche Zulassung des elektiven Single-Embryo-Transfers (eSET)

Bei der klassischen In-vitro-Fertilisation (IVF) werden bis zu drei befruchtete Eizellen übertragen, weshalb die Wahrscheinlichkeit einer Mehrlingsschwangerschaft bei ca. 20 Prozent liegt.² Eine Mehrlingsschwangerschaft gilt aufgrund der hohen Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt und den starken körperlichen und psychischen Belastungen für die Mutter als ein Faktor für eine Risikoschwangerschaft. Mehrlingsschwangerschaften sind jedoch nicht nur für die werdenden Mütter, sondern auch für die Kinder mit Risiken behaftet. Die Forschung hat inzwischen Kriterien entwickelt, um in den Tagen nach der Befruchtung einer Eizelle sehr zuverlässig festzustellen, ob ein Embryo gute Chancen hat, sich erfolgreich in die Gebärmutter einzunisten – völlig unabhängig von dem Phänotyp, dem späteren Erscheinungsbild und den Fähigkeiten des Kindes. Setzt man nur diesen Embryo ein, führt das mit einer großen Wahrscheinlichkeit zu einer erfolgversprechenden Einlings-Schwangerschaft. Alle anderen Embryonen, die in demselben Zyklus entstanden sind und ebenfalls potentiell entwicklungsfähig sind, werden für eventuelle spätere Versuche eingefroren.

Das deutsche Embryonenschutzgesetz erlaubt diesen so genannten elektiven Single-Embryo-Transfer (eSET) derzeit nicht. In einigen Ländern, wie z. B. in den skandinavischen Ländern, kommt der eSET hingegen erfolgreich zum Einsatz. Daten des IVF-Registers zeigen, dass in diesen Ländern weniger als fünf Prozent der künstlichen Befruchtungen in einer Mehrlingsschwangerschaft münden.³ Das sei auch einer der wesentlichen Gründe dafür, dass in beiden Ländern insgesamt die Frühgeburtenrate deutlich niedriger ausfällt als in Deutschland. Gesundheitsökonomische Daten aus den Niederlanden zeigen zudem, dass durch die breite Anwendung des eSET Kosten eingespart werden können.⁴ Das liegt vor allem daran, dass Mehrlingsschwangerschaften sowohl während der Geburt als auch im Laufe der zum Teil jahrelang erforderlichen Nachsorge sehr kostenintensiv sind.

Aufgrund der fast genauso hohen Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft bei gleichzeitiger Senkung der Risiken für Mutter und Kind, findet der SET auch in Deutschland Anwendung. Dies geschieht jedoch in einem juristischen Graubereich und durch eine besondere Kulturmethode. Denn laut dem Embryonenschutzgesetz ist es lediglich verboten, mit Vorsatz regelmäßig mehr Embryonen entstehen zu lassen als notwendig sind, um bei einer Frau in diesem Zyklus eine Schwangerschaft herbeizuführen. Es ist jedoch nicht verboten, möglichst viele Eizellen zu befruchten. Einige Reproduktionsmediziner:innen

² <https://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/dir-jahrbuch-2021-deutsch-1.pdf>, zuletzt geprüft am 10.01.2023

³ [Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie – Jahrbuch 2021 des Deutschen IVF Registers](#), zuletzt geprüft am 07.03.2023

⁴ Laura L. van Loendersloot (2017): Cost-effectiveness of single versus double embryo transfer in IVF in relation to female age

gewinnen deshalb so viele Eizellen wie möglich und bringen diese mit Samenzellen zusammen. Durchschnittlich können rund 60 Prozent der gewonnen Eizellen erfolgreich befruchtet werden. Diese befruchteten Eizellen können kurz vor dem Moment, an dem sich der weibliche und der männliche Chromosomensatz zu dem neuen individuellen Chromosomensatz des Embryos vereinigen, eingefroren werden.

Gemäß der strengen Auslegung des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) dürfen ab diesem Zeitpunkt nur so viele „entwicklungsfähige“ befruchtete Eizellen zu Embryonen weiterentwickelt werden, wie sich das Paar zum Transfer wünscht. Maximal dürfen drei entwicklungsfähige Eizellen zu Embryonen weiterentwickelt werden. Da die Entwicklungsfähigkeit der befruchteten Eizellen aber im Vorfeld nur bedingt einschätzbar ist, ist es vertretbar, mehrere Vorkernstadien weiter zu kultivieren, da bei weitem nicht jeder Embryo sich in den ersten fünf Tage entsprechend entwickeln wird. Damit aber nicht in jedem Behandlungszyklus überzählige entwicklungsfähige Embryonen erzeugt werden, limitieren die Reproduktionsmediziner:innen die Anzahl der kultivierten Vorkernstadien nach individuellen Kriterien. Dies kann jedoch auch dazu führen, dass zu wenige Vorkernstadien weiter kultiviert und folglich keine optimalen Bedingungen für eine erfolgreiche Befruchtung geschaffen werden. Infolgedessen muss unter Umständen einer Frau mitgeteilt werden, dass es trotz erfolgreicher Stimulation nicht zu einem Transfer gekommen ist. Andererseits können aber auch überzählige entwicklungsfähige Embryonen entstehen. Medizinisch ist dies unproblematisch, da sich diese einfrieren und für eine spätere Verwendung, zum Beispiel für ein Geschwisterkind, eignen. Allerdings ist diese Auslegung an eine liberale Interpretation des ESchG gebunden, so dass sich die Reproduktionsmediziner:innen in einem rechtlich nicht klar geregelten Raum bewegen.

Reproduktionsmediziner:innen fordern deshalb bereits seit geraumer Zeit die ausdrückliche gesetzliche Zulassung des elektiven Single-Embryonen-Transfers (eSET). Die Ampelkoalition hat die Notwendigkeit erfreulicherweise erkannt und sich im Koalitionsvertrag darauf geeinigt, den eSET zuzulassen. Dieses Vorhaben gilt es durch eine entsprechende Änderung im Embryonenschutzgesetz schnellstmöglich umzusetzen.

(2) Sicherstellung einer angemessenen und diskriminierungsfreien Finanzierung der Kinderwunschbehandlung

Die Kostenübernahme für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ist durch den § 27a SGB V in Verbindung mit den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ (kurz: Richtlinien) rechtlich geregelt. Demnach übernimmt die gesetzliche Krankenkasse (GKV) rund 50 % der Behandlungskosten, wenn ihr Versicherungsmitglied für die ungewollte Kinderlosigkeit medizinisch ursächlich ist (Personenprinzip). Dabei müssen gemäß § 27a SGB V folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- das Paar muss miteinander verheiratet sein,
- die Frau ist älter als 25 Jahre und jünger als 40 Jahre,
- der Mann ist älter als 25 Jahre und jünger als 50 Jahre,
- die Erfolgsaussicht der Kinderwunschbehandlung muss attestiert sein,
- Beantragung der Genehmigung bei der Krankenkasse mit einem Behandlungsplan,
- ausschließlich die Ei- und Samenzellen dieses Paares dürfen verwendet werden (homologe Behandlung).

Die konkreten Leistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt, werden hingegen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. Die Richtlinie beschränkt die Kostenerstattung für die In-Vitro-Fertilisation (IVF) und Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) auf drei Behandlungsversuche. Diese Beschränkung sowie die Beschränkung hinsichtlich des Alters und der Ehe basiert jedoch nicht auf individuellen medizinischen Befunden, sondern sind willkürliche Ausschlusskriterien.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Beschränkung der Kostenübernahme auf drei Behandlungsversuche negative Auswirkungen auf die Attraktivität des eSET haben wird. Denn wenn nicht ausdrücklich geregelt ist, dass ein Behandlungsversuch auch den Transfer mehrerer Embryonen erlaubt, hätten Versicherte bereits nach drei eSET innerhalb der ersten IVF oder ICSI den gesamten Kostenanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse ausgeschöpft. Versicherte würden folglich weiterhin primär auf das klassische IVF-Verfahren zurückgreifen, um die Wahrscheinlichkeit schwanger zu werden bestmöglich ausschöpfen zu können. Ohne parallele Anpassung der Definition des Begriffs „Behandlungsversuch“ wäre die ausdrückliche Zulassung des eSET für Versicherte finanziell folglich nicht tragbar. Der eSET würde trotz Zulassung nicht flächendeckend in der Versorgung ankommen.

In welchem Umfang die Private Krankenversicherung (PKV) die Kosten für die künstliche Befruchtung übernimmt, ist tarifabhängig. Viele Tarife sehen jedoch die Übernahme von 100 Prozent der Behandlungskosten vor. Im Gegensatz zur GKV übernimmt die PKV die Kosten in der Regel auch für unverheiratete Paare. Die PKV legt zudem die medizinische Individualität ihrer Versicherungsnehmer:innen zugrunde. Der Umfang der Kostenerstattung ist von zwei Gesichtspunkten abhängig: Zum einen muss der Versicherungsnehmer nachweisen, dass er oder sie für den unerfüllten Kinderwunsch organisch ursächlich ist (Verursacherprinzip). Zum anderen muss die Kinderwunschbehandlung Aussicht auf Erfolg haben. Dabei wird die Erfolgswahrscheinlichkeit anhand individueller medizinischer Befunde gemessen. Nur wenn beide Voraussetzungen gegeben sind, kann der Versicherungsnehmer die volle Kostenerstattung erhalten. Feste Altersgrenzen oder eine maximale Anzahl an Versuchen sieht die PKV hingegen nicht vor, es kann jedoch tarifabhängig abweichende Regelungen geben.

Die Probleme bei den jetzigen gesetzlichen Regelungen entstehen in erheblichem Umfang bei sogenannten Mischverhältnissen. Von Mischverhältnissen spricht man, wenn ein Partner gesetzlich und der andere Partner privat versichert ist. Dadurch kann es zu Problemen bei der Kostenübernahme kommen. Der ungünstigste Fall tritt dann ein, wenn die privatversicherte Frau die Behandlung nicht verursacht und der Mann gesetzlich-versichert ist. In diesem Fall werden nur die Kosten für die Spermengewinnung und -aufbereitung übernommen (Personenprinzip). Die restlichen Kosten müssen das Paar selbst tragen.

In vielen Bundesländern gibt es zusätzlich zur Förderung durch die Krankenkassen eine staatliche Förderung durch das Bund-Länder-Förderprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Die Bereitstellung von Fördermitteln durch den Bund setzt jedoch voraus, dass die jeweiligen Bundesländer, in welchen die betroffenen Paare ihren Hauptwohnsitz haben, ebenfalls eigene Landesprogramme zur Förderung von Kinderwunschbehandlungen unterhalten und eine Kooperation mit dem Bund eingegangen sind. In diesem Fall übernehmen Bund und Land paritätisch die Hälfte der Gesamtkosten der ersten drei Versuche der Kinderwunschbehandlungen. Baden-Württemberg, Brandenburg, Hamburg und Schleswig-Holstein haben jedoch keine Kooperationsvereinbarung mit dem Bund abgeschlossen. Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch, die in einem der genannten Bundesländer wohnen, haben folglich keinen Anspruch auf staatliche Fördermittel. In jedem Bundesland gelten zudem unterschiedliche Bedingungen und die Höhe der finanziellen Hilfen variiert.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Voraussetzungen für die finanziellen Förderungen nicht einheitlich sind und große Bevölkerungsgruppen ausschließen. Während die GKV nur verheiratete heterosexuelle Paare fördert, fördern einzelnen Bundesländer auch unverheiratete Paare und unverheiratete, gleichgeschlechtliche weibliche Paare. Die Förderung ist für verheiratete und unverheiratete Paare gleich, entspricht jedoch aufgrund der fehlenden Förderung von unverheirateten Paaren durch die GKV unterschiedlichen Anteilen an der Summe der von den Paaren zu leistenden Kosten. Bei den ersten drei Behandlungen halbiert die Richtlinie daher die Kosten für verheiratete Paare, während sie die Kosten für unverheiratete Paare nur um ein Viertel reduziert. Die Voraussetzung einer donogenen Insemination macht eine Kostenübernahme für gleichgeschlechtliche Paare unmöglich, weil sie bei der Erfüllung ihres

Kinderwunsches stets auf Fremdsamen angewiesen sind. Künstliche Befruchtungen werden in Deutschland folglich nicht diskriminierungsfrei gefördert.

- Kurzfristiges Ziel:
 - Der Bund übernimmt unabhängig von einer Kofinanzierung durch die Länder 25 Prozent der Kosten für die ersten vier Versuche von Kinderwunschbehandlungen. Dies bedarf einer entsprechenden Anpassung des Bund-Länder-Förderprogramms seitens des BMFSFJ.
 - Zudem sollen Paare, bei denen eine Samenspende erforderlich ist, um eine Schwangerschaft herbeizuführen, ebenfalls in die Förderung einbezogen werden. Dies gilt sowohl für verschieden- wie gleichgeschlechtliche Paare.
 - Bei der ausdrücklichen Zulassung des eSET müssen die finanziellen Rahmenbedingungen so ausgestaltet werden, dass dieser flächendeckend in der Versorgung ankommt. Hierfür muss die Definition des Begriffs „Behandlungsversuch“ entsprechend angepasst werden.
- Mittelfristige Ziele:
 - Die finanziellen Unterstützungsangebote beschränken sich nicht auf drei Zyklen. Es gilt § 27a SGB V entsprechen anzupassen.
 - Finanzielle Unterstützungsangebote schließen Alleinstehende und gleichgeschlechtliche Paare bei einer realistischen Aussicht auf Erfolg gleichermaßen ein.
- Langfristiges Ziel: Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die vollständigen Kosten der Kinderwunschbehandlung für alle Menschen, wenn eine realistische Aussicht auf Erfolg besteht. Nur so kann eine flächendeckende, unbürokratische Finanzierung sichergestellt werden. Hierzu muss § 27a SGB V entsprechend angepasst werden. Gleichzeitig bedarf es zwingend einer Anpassung der Vergütungshöhe für die Kinderwunschbehandlung, damit die Leistung auskömmlich erbracht werden kann.

(3) Ausbau und Sicherstellung einer nachhaltigen Förderung psychosozialer Beratungsstellen

Vielen Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch fällt es schwer, ihre Sorgen und Nöte im Freundeskreis oder in der Familie zu teilen. Dabei ist es in belastenden Lebenssituationen besonders wichtig, sich austauschen zu können. Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen heute die Auswirkungen der Fruchtbarkeitsstörung sowie der reproduktionsmedizinischen Behandlung auf die Psyche der betroffenen Paare. Denn ungewollt Kinderlose verspüren vermehrt Ängste, depressive Symptome, Stress, Gefühle der Isolation und des Kontrollverlusts. Für die Mehrheit der Paare, die sich einer reproduktionsmedizinischen Behandlung unterziehen, bedeutet dies nicht nur eine erhebliche emotionale Belastung, sie befinden sich vielmehr in einer existentiellen Lebenskrise. Insbesondere die Zeit zwischen dem Embryotransfer und dem Schwangerschaftstest ist von Warten, Hoffen und Bangen geprägt und wird von vielen als sehr herausfordernd empfunden. Vor allem erfolglose Behandlungen können zu verstärkten Depressionen und Angstzuständen führen. Die Bedeutung der Auswirkungen dieser psychischen Belastung wird besonders deutlich, wenn man bedenkt, dass der häufigste Grund für den Abbruch der Therapie nach dem ersten Zyklus einer IVF-Behandlung psychische Herausforderungen sind. So können die psychischen Auswirkungen der Behandlung letztlich dazu führen, dass Betroffene die kumulative Chance auf eine Empfängnis nicht vollständig ausnutzen.

Durch eine fachliche Begleitung, die sich der emotionalen Belange der Betroffenen annimmt und die Belastungen reduziert, kann die Situation in vielen Fällen jedoch deutlich entschärft werden. Beratungsstellen können hier eine große Unterstützung sein. Expert:innen für die psychosoziale Kinderwunschberatung unterstützen bei der Familienbildung mit Hilfe Dritter (Samenspende etc.) vor und während der Behandlung als auch nach Geburt des Kindes (z.B. zu Fragen der Aufklärung des Kindes, vor Kontakt zur Spendeperson). Darüber hinaus können sie Fragen mit Blick auf finanzielle Unterstützungsleistungen beantworten und Menschen mit Kinderwunsch helfen, die bürokratischen Hürden zu meistern. Eine

nachhaltig sichergestellte Förderung qualifizierter psychosozialer Beratungsangebote ist demnach zur Begleitung von Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch unabdingbar und sollte ausgebaut werden.

Die Bundesregierung hat den Handlungsbedarf im Bereich der Reproduktionsmedizin erfreulicherweise erkannt und die Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin initiiert. Das ist ein erster, richtiger Schritt. Gleichzeitig muss darauf hingewiesen werden, dass eine volle Liberalisierung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen ohne Eizellspende und Leihmutterschaft nicht möglich ist. Die genannten Themenkomplexe sind eng miteinander verknüpft. Dennoch sollten sie Schritt für Schritt angegangen werden, damit Versorgungsprobleme und Ungerechtigkeiten zielgerichtet aufgelöst werden. Auf diese Weise können Menschen in Deutschland schrittweise von Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin auf dem höchsten wissenschaftlichen Stand profitieren – unabhängig von ihrem Wohnort, Familienstand und sexueller Identität.