



Die Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der
Patientinnen und Patienten

Frau
Gaby Ziegler
ziegler911@t-online.de

Helga Kühn-Mengel

Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18 441-3420

FAX +49 (0)30 18 441-3422

E-MAIL patientenbeauftragte@bmg.bund.de

Berlin, 29. November 2006

Sehr geehrte Frau Ziegler,

wie im Rahmen der Unterschriftenübergabe durch Ihren Verein Wunschkind e.V. am 26. September 2006 vereinbart, sende ich Ihnen als Datei den Schlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“.

Bezüglich der gesetzlich festgelegten Altersgrenzen für die künstliche Befruchtung und der gesetzlichen Regelungen der Kostenübernahme möchte ich Ihnen in Anlehnung an unser Gespräch gerne folgende Erläuterung geben:

Mit dem GMG wurde ab dem 1. Januar 2004 nach § 27a SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) die Leistung der künstlichen Befruchtung neu geregelt:

Der Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung ist von bisher in der Regel vier Versuchen auf generell drei Versuche begrenzt worden. Die Neuregelung dient der Begrenzung der Ausgaben für künstliche Befruchtung auf Fälle medizinischer Notwendigkeit.

Nach den vom Gemeinsamen Bundesausschuss, einem Organ der Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern unter Beteiligung der Verbände von Patientinnen und Patienten sowie Selbsthilfegruppen, gemäß § 27a SGB V beschlossenen Richtlinien über die künstliche Befruchtung dürfen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nur durchgeführt werden, wenn hinreichende Aussicht besteht, dass durch die geplante Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Eine Eingrenzung auf den Leistungsanspruch von drei Versuchen soll damit das Kriterium einer hinreichenden Erfolgsaussicht für die Herbeiführung einer Schwangerschaft berücksichtigen.

Der Anspruch besteht nur für Versicherte ab vollendetem 25. Lebensjahr. Er besteht nicht für Frauen, die das 40. und für Männer, die das 50. Lebensjahr vollendet haben.

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten ihrer Versicherten in Höhe von 50%. Dies gilt auch für eine diesbezügliche Arzneimittelversorgung. Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Diese Eigenbeteiligung gilt nicht als Zuzahlung und bleibt bei der Berechnung der Belastungsgrenze für die Befreiung von Zuzahlungen unberücksichtigt.

Bei den Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung handelt es sich um eine Sachleistung im Sinne des SGB. Eine Berechnung der von den gesetzlichen Krankenkassen zu übernehmenden Kosten nach der privatärztlichen Gebührenordnung ist somit auch bei Ehepaaren, von denen nur ein Ehegatte gesetzlich krankenversichert ist, ausgeschlossen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt die medizinischen Einzelheiten zu den Voraussetzungen, sowie Art und Umfang der Maßnahmen.

Wie nach bislang bereits geltendem Recht übernehmen die Krankenkassen auch die anteiligen Kosten einer künstlichen Befruchtung gemäß § 27 a SGB V nur unter folgenden Voraussetzungen:

- Die Maßnahmen müssen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sein.
- Nach ärztlicher Feststellung muss hinreichende Aussicht bestehen, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.
- Grundsätzlich nur bis zu dreimalige Durchführung der Maßnahmen.
- Nur für Ehepaare (nicht für nicht-eheliche Lebensgemeinschaften).
- Nur mit Ei- und Samenzellen der Eheleute (homologes System).
- Die Ehegatten müssen sich vor der Behandlung eingehend über die medizinischen und psychosozialen Konsequenzen und Risiken der Behandlung durch einen Arzt unterrichten lassen, der die Behandlung nicht selbst durchführt.
- Künstliche Befruchtung nur durch Ärzte oder Einrichtungen, die entsprechend qualifiziert sind und denen die nach Landesrecht zuständige Stelle eine entsprechende Genehmigung erteilt hat.

Ich möchte speziell auf Ihre Frage nach der Begründung der Altersbegrenzung eingehen:

Die o.a. Richtlinie über künstliche Befruchtung bestimmt die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der den gesetzlichen Erfordernissen des § 27 a Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung. Der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat eine Richtlinien-Änderung hinsichtlich der Altersbegrenzungen in Anlehnung an den mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) geänderten § 27 a Abs. 3 SGB V herbeigeführt.

Durch das GMG ist der Anspruch von Versicherten auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung mit Wirkung zum 1. Januar 2004 zumutbar eingeschränkt worden. Es gelten nunmehr Altersgrenzen zwischen 25 und 40 Lebensjahren für Frauen bzw. 50 Lebensjahren bei Männern.

Die Festlegung der unteren Zeitgrenze soll dazu beitragen, dass die Chance zu einer Spontanschwangerschaft nicht durch fehlende Geduld vieler Kinderwunschaare und auch der Ärzte mit Hilfe einer schnellen Medikalisierung des Kinderwunsches vertan wird. Die untere Altersgrenze berücksichtigt damit auch, dass es bis zum Alter von 25 Jahren nur sehr wenig unfruchtbare Ehepaare gibt.

Die neue Regelung der weiblichen Altersobergrenze trägt dem Gesichtspunkt Rechnung, dass bereits jenseits des 30. Lebensjahres das natürliche Konzeptionsoptimum überschritten ist und die Konzeptionswahrscheinlichkeit nach dem 40. Lebensjahr sehr gering ist.

Die zuständige Krankenkasse hat in eigener Verantwortung über den Leistungsanspruch im Einzelfall zu entscheiden hat. Da das Alter der Frau im Rahmen der Sterilitätsbehandlung einen limitierenden Faktor darstellt, sollen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bei Frauen, die das 40. Lebensjahr vollendet haben, nicht durchgeführt werden. Ausnahmen sind nur bei Frauen zulässig, die das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und sofern die Krankenkasse nach gutachterlicher Beurteilung der Erfolgsaussichten eine Genehmigung erteilt hat. Die untere weibliche Altersgrenze betreffend wird für die Krankenkasse kein Ermessensspielraum gesehen.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat sich der Meinung des Gesetzgebers angeschlossen. Eine Änderung dieser Rechtslage ist derzeit nicht beabsichtigt. Ich möchte Sie außerdem noch darüber informieren, dass im Entwurf des GMG ursprünglich die künstliche Befruchtung als versicherungsfremde Leistung aus dem Leistungskata-

log der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen werden sollte. Da es jedoch natürlich der Wille der Bundesregierung war und ist, dass es in unserem Staat sehr viele Familien mit Kindern gibt, ist man in den Beratungen zu der Auffassung gelangt, die künstliche Befruchtung im Leistungskatalog zu belassen.

Ich verstehe den Kinderwunsch von Paaren sehr gut und stimme zu, dass der Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung mit Wirkung vom 1. Januar 2004 eingeschränkt wurde. Dies wurde damit begründet, dass die Entscheidung für eine Kinderwunschbehandlung - genauso wie die Entscheidung für eine Sterilisation, die nicht krankheitsbedingt ist - in erster Linie zur persönlichen Lebensplanung jedes Einzelnen gehöre. Deshalb sollen diese Leistungen künftig auch eigenverantwortlich mitfinanziert werden.

Ich hoffe, dass ich Ihnen mit meinen Informationen den Hintergrund der Regelungen hinsichtlich der Altersbegrenzung und Kostenbeteiligung einer Kinderwunschbehandlung verdeutlichen kann.

Mit freundlichen Grüßen



Helga Kühn-Mengel