



Aktenzeichen: Pet 2-19-15-8271-002859

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 19.05.2022 abschließend beraten und beschlossen:

1. Die Petition

- a) der Bundesregierung - dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit - als Material zu überweisen,
- b) den Landesvolksvertretungen von Baden-Württemberg, Hamburg und Schleswig-Holstein zuzuleiten, soweit es um die Förderung und finanzielle Unterstützung ungewollt Kinderloser geht,

2. das Petitionsverfahren im Übrigen abzuschließen.

Begründung

Reproduktionsmedizinische Maßnahmen bei ungewollter Kinderlosigkeit sollen durch die gesetzliche Krankenkasse zu 100% finanziert und die Anzahl finanzierter Versuche deutlich erhöht werden.

Zu den Einzelheiten des Vortrags des Petenten wird auf die von ihm eingereichten Unterlagen verwiesen.

Die Eingabe war als öffentliche Petition auf der Internetseite des Deutschen Bundestages eingestellt. Es gingen 5942 Mitzeichnungen sowie 60 Diskussionsbeiträge ein.

Zu diesem Thema liegen dem Petitionsausschuss weitere Eingaben mit verwandter Zielsetzung vor, die wegen des Zusammenhangs einer gemeinsamen parlamentarischen Prüfung zugeführt werden. Der Ausschuss bittet daher um Verständnis, dass nicht auf alle vorgetragenen Gesichtspunkte eingegangen werden kann.

Der Petitionsausschuss hat zu dem Anliegen eine Stellungnahme der Bundesregierung eingeholt. Darüber hinaus hat der Ausschuss zwei Verfahren nach § 109 Abs. 1 Satz 2 Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages (GO-BT) eingeleitet und Stellungnahmen des Ausschusses für Gesundheit und des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erhalten, da die Petition Gegenstände der Beratung in diesen Fachausschüssen



betrif. Der Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend teilte in seiner Stellungnahme mit, dass er den Antrag der Fraktion der FDP "Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern" auf Drucksache 19/585 abgelehnt habe und verwies auf seine Beschlussempfehlung auf Drucksache 19/5172. Der Ausschuss für Gesundheit hat die Eingabe in seine Beratungen zu dem Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Gleichstellung nichtehelicher Lebensgemeinschaften und lesbischer Paare bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (Drucksache 19/1832) sowie dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. "Medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend ermöglichen" (Drucksache 19/5548) einbezogen und auf seine Beschlussempfehlung auf Drucksache 19/30726 verwiesen.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich unter Berücksichtigung dieser Stellungnahmen wie folgt dar:

Die künstliche Befruchtung zählt zu den versicherungsfremden Leistungen und wird nur unter bestimmten Bedingungen gewährt. Diese Voraussetzungen sind in § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt.

Der Anspruch von Versicherten der GKV auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V ist durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) mit Wirkung vom 1. Januar 2004 eingeschränkt worden. Seit diesem Zeitpunkt werden nur noch drei statt vier Versuche zur Herbeiführung einer Schwangerschaft von den Krankenkassen anteilig übernommen. Zugleich gelten Altersgrenzen zwischen 25 und 40 Lebensjahren für Frauen bzw. 50 Lebensjahren bei Männern. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen beträgt 50 Prozent, so dass die Versicherten mit einer Eigenbeteiligung von ebenfalls 50 Prozent an den Kosten der künstlichen Befruchtung beteiligt werden. Diese Eigenbeteiligung gilt nicht als Zuzahlung und bleibt bei der Berechnung der Belastungsgrenze für die Befreiung von Zuzahlungen unberücksichtigt.

Zur Forderung, dass mehr als drei Versuche bezahlt werden sollen, ist anzumerken, dass nach ärztlicher Feststellung eine hinreichende Aussicht bestehen muss, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Eine hinreichende Aussicht besteht jedoch dann nicht mehr, wenn die Maßnahme drei Mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist (§ 27a Abs. 1 Nr. 2 SGB V).



Die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen werden in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ("Richtlinien über künstliche Befruchtung") bestimmt (§ 27a Abs. 5 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 SGB V). Dazu gehören u. a. die Kriterien für die Feststellung der geforderten Erfolgsaussicht. Insoweit ist auch auf die Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 3. April 2001 – B 1 KR 22/00 R und B 1 KR 40/00 R – zu verweisen.

Aus familienpolitischer Sicht und für die Betroffenen wäre es sicherlich wünschenswert, dass alle Familien ihren Kinderwunsch realisieren können. Daher sind die Veränderungen im Leistungsrecht und insbesondere die Einschränkungen bei der Leistung der künstlichen Befruchtung nicht leicht gefallen. Unter Berücksichtigung der Finanzsituation der GKV waren jedoch zwingend Leistungsbeschränkungen erforderlich. Vor dem Hintergrund einer ursprünglich geplanten kompletten Streichung dieser versicherungsfremden Leistung sind die beschriebenen Kürzungen insgesamt vertretbar. Eine höhere Kostenbeteiligung durch die Krankenkassen ist gesetzlich nicht vorgesehen. Nach § 11 Abs. 6 SGB V kann die Krankenkasse in ihrer Satzung auch zusätzliche Leistungen, unter anderem im Bereich der künstlichen Befruchtung vorsehen. Für Versicherte der GKV besteht die Möglichkeit, ihre Krankenkasse entsprechend des Leistungskatalogs auszuwählen.

In der privaten Krankenversicherung (PKV) ist für die Erstattung von Kosten für eine künstliche Befruchtung das sog. Verursacherprinzip maßgeblich: Gemäß § 192 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz ist das private Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen zu erstatten.

Die fehlende Fortpflanzungsfähigkeit stellt eine behandlungsbedürftige Krankheit in diesem Sinne dar, wenn sie auf einer biologischen Beeinträchtigung notwendiger Körperfunktionen beruht. Der Versicherer hat je nach den Umständen des Einzelfalls bei Unfruchtbarkeit des Versicherungsnehmers gegebenenfalls auch diejenigen Kosten zu erstatten, die zur Erfüllung des Kinderwunsches beim Ehepartner des Versicherungsnehmers zu diesem Zweck notwendigerweise anfallen. Welche Kosten das



Versicherungsunternehmen konkret übernimmt, hängt im Einzelfall vom Inhalt der zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer im Rahmen der Vertragsfreiheit getroffenen Vereinbarungen ab.

Sofern die Unfruchtbarkeit jedoch nicht auf den privat versicherten Ehepartner zurückzuführen ist, ist das PKV-Unternehmen allgemein nicht zur Kostenerstattung für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung verpflichtet.

Hinzuweisen ist im Übrigen auf die "Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Hier werden seit dem 1. April 2012 kinderlose Paare gefördert. Allerdings ist eine Kostenbeteiligung des Bundes nur möglich, wenn das entsprechende Bundesland sich dem BMFSFJ anschließt und sich finanziell mit einem eigenen Landesförderprogramm beteiligt.

Nach Auswertung des Gesamtvorgangs hält der Petitionsausschuss das Anliegen der Petition für geeignet, von der Bundesregierung in die Vorbereitung von Gesetzesentwürfen und Verordnungen einbezogen zu werden.

Darüber hinaus hält es der Ausschuss für sinnvoll, die Petition den Bundesländern Baden-Württemberg, Hamburg und Schleswig-Holstein zur Kenntnis zu geben, da hier im Vergleich zu den anderen Bundesländern noch Bedarf zur Angleichung an die Finanzierungsübernahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen besteht.

Vor dem Hintergrund des Dargelegten empfiehlt der Petitionsausschuss, die Petition der Bundesregierung - dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit - als Material zu überweisen, soweit es um die bessere Unterstützung und finanzielle Förderung ungewollt Kinderloser geht, den Landesvolksvertretungen Baden-Württemberg, Hamburg und Schleswig-Holstein zuzuleiten und das Petitionsverfahren im Übrigen abzuschließen.

Der abweichende Antrag der Fraktion der CDU/CSU, die Petition den Landesvolksvertretungen von Baden-Württemberg, Hamburg und Schleswig-Holstein zuzuleiten und das Petitionsverfahren im Übrigen abzuschließen sowie der Antrag der Fraktion DIE LINKE., die Petition der Bundesregierung - dem Bundesministerium für Gesundheit - als Material zu überweisen und den Fraktionen zur Kenntnis zu geben, wurden mehrheitlich abgelehnt.