



Wortprotokoll der 55. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 14. Oktober 2015, 14:00 Uhr
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungsraum 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziges Tagesordnungspunkt

Seite 4

Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Katja Dörner, Volker Beck (Köln), weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

BT-Drucksache 18/3279

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	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Blienert, Burkhard Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Bas, Bärbel Freese, Ulrich Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang

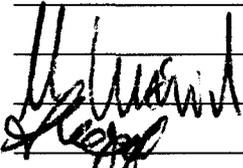
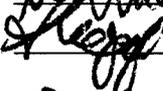
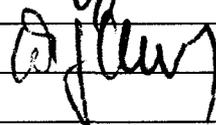
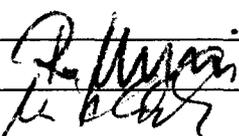


Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 14. Oktober 2015, 14:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
CDU/CSU		CDU/CSU	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	
Henke, Rudolf		Brehmer, Heike	
Henrich, Michael		Dinges-Dierig, Alexandra	
Hüppe, Hubert		Eckenbach, Jutta	
Irlstorfer, Erich		Lorenz, Wilfried	
Kippels Dr., Georg		Manderla, Gisela	
Kühne Dr., Roy		Nüßlein Dr., Georg	
Leikert Dr., Katja		Pantel, Sylvia	
Maag, Karin		Rupprecht, Albert	
Meier, Reiner		Schmidt (Ühlingen), Gabriele	
Michalk, Maria		Schwarzer, Christina	
Monstadt, Dietrich		Steineke, Sebastian	
Riebsamen, Lothar		Steiniger, Johannes	
Rüddel, Erwin		Stockhofe, Rita	
Schmelzle, Heiko		Stracke, Stephan	
Sorge, Tino		Timmermann-Fechter, Astrid	
Stritzl, Thomas		Wiese (Ehingen), Heinz	
Zeulner, Emmi		Zimmer Dr., Matthias	

Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)

Mittwoch, 14. Oktober 2015, 14:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
SPD		SPD	
Baehrens, Heike	_____	Bahr, Ulrike	_____
Blienert, Burkhard	_____	Bas, Bärbel	_____
Dittmar, Sabine	_____	Freese, Ulrich	_____
Franke Dr., Edgar	_____	Henn, Heidtrud	_____
Heidenblut, Dirk	_____	Hinz (Essen), Petra	_____
Kermer, Marina	_____	Katzmarek, Gabriele	_____
Kühn-Mengel, Helga	_____	Lauterbach Dr., Karl	_____
Mattheis, Hilde	_____	Tack, Kerstin	_____
Müller, Bettina	_____	Thissen Dr., Karin	_____
Rawert, Mechthild	_____	Westphal, Bernd	_____
Stamm-Fibich, Martina	_____	Ziegler, Dagmar	_____
DIE LINKE.		DIE LINKE.	
Vogler, Kathrin	_____	Höger, Inge	_____
Weinberg, Harald	_____	Lutze, Thomas	_____
Wöllert, Birgit	_____	Tempel, Frank	_____
Zimmermann, Pia	_____	Zimmermann (Zwickau), Sabine	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	
Klein-Schmeink, Maria	_____	Kurth, Markus	_____
Scharfenberg, Elisabeth	_____	Pothmer, Brigitte	_____
Schulz-Asche, Kordula	_____	Rüffer, Corinna	_____
Terpe Dr., Harald	_____	Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	_____
Dörner, Katja	_____		

36

off



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 14. Oktober 2015, 14:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
DIE LINKE.	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Katja Kohfeld	CDU/CSU	
Bräckle	SPD	
Suzesny, Jenny	B 90/Grüne	
Ulrich Birkel	CDU/CSU	
Almut Nimb	SPD	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts- bezeichnung
Baden-Württemberg	_____	_____	_____
Bayern	_____	_____	_____
Berlin	_____	_____	_____
Brandenburg	_____	_____	_____
Bremen	_____	_____	_____
Hamburg	_____	_____	_____
Hessen	_____	_____	_____
Mecklenburg-Vorpommern	_____	_____	_____
Niedersachsen	_____	_____	_____
Nordrhein-Westfalen	Jancke		RD'in
Rheinland-Pfalz	_____	_____	_____
Saarland	_____	_____	_____
Sachsen	_____	_____	_____
Sachsen-Anhalt	Richter		Präs. d.
Schleswig-Holstein	_____	_____	_____
Thüringen	_____	_____	_____



Beginn der Sitzung: 14.05 Uhr

Der **Vorsitzende, Dr. Edgar Franke** (SPD): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuhörerinnen und Zuhörer. Ich begrüße Sie ganz herzlich zur 55. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit am heutigen Nachmittag. Zu meiner Linken begrüße ich ganz herzlich Frau Parlamentarische Staatssekretärin Widman-Mauz und die Vertreter der Bundesregierung. Ich begrüße auch Sie, liebe Sachverständige und die Vertreter der Medien sowie Sie, liebe Zuschauer. In dieser 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 verheirateter, verpartnerter und auf Dauer in einer Lebensgemeinschaft lebender Paare bei der Kostenübernahme in der gesetzlichen Krankenversicherung für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung. Das ist die BT-Drucksache 18/3279. Wie am Anfang jeder Anhörung möchte ich einige kurze Erläuterungen zum Verfahren machen: Wir haben 60 Minuten zur Verfügung. Die Fraktionen werden ihre Fragen abwechselnd stellen. In der ersten Frageunde beginnt die CDU/CSU, dann folgt die SPD, dann nochmals die CDU/CSU, gefolgt von der Fraktion DIE LINKE. Beendet wird die Frageunde durch die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. In der zweiten Runde beginnt wiederum die CDU/CSU, gefolgt von der SPD, dann fragen wiederum CDU/CSU und SPD und auch diese Runde wird mit den Fragen der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beendet. Runde 1 und Runde 2 erfolgen im Wechsel. Jede oder jeder Fragende stellt nur eine Frage, das möchte ich noch einmal ausdrücklich betonen, an die Sachverständigen. Ich darf auch Sie, sehr geehrte Damen und Herren Sachverständige bitten, Ihre Antworten möglichst kurz zu halten, damit möglichst viele Fragen gestellt werden können. Nach 60 Minuten bricht die Liste, das heißt wir werden die Anhörung nach 60 Minuten beenden, unabhängig davon, ob die Frageunde beendet ist. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen sich, mit Ihrem Namen und dem Verband, den Sie repräsentieren vorzustellen. Ich bitte alle die Mobiltelefone auszuschalten und ich darf darauf hinweisen, dass wir momentan, wie Sie oben sehen, live im Parlamentsfernsehen zu sehen sind. Das Wortprotokoll wird auf der Ausschusseite im Internet veröffentlicht.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir beginnen und der erste Fragesteller von der CDU/CSU-Fraktion ist Herr Hüppe.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Verein Spenderkinder. Könnten Sie uns darlegen, was Sie unter, ich zitiere: „...bewusstem Vorenthalten des genetischen Vaters...“ verstehen und was das vor allem emotional, familiär und sozial für die Spenderkinder selbst, ihre soziale Familie und gegebenenfalls für den Samenspender, bedeutet?

Sve **Christina Motejl** (Spenderkinder): Ich bin Vorstandsmitglied für rechtliche Fragen im Verein Spenderkinder. Wir sind die Repräsentanten von durch Samenspende gezeugten Menschen in Deutschland. Zu Ihrer Frage: Bei einer heterologen Insemination, also einer Samenspende, wird ein Kind absichtlich in eine Familiensituation gebracht, in der es vom biologischen Vater getrennt aufwächst. Bestenfalls wird es über seine Herkunft aufgeklärt. Das machen allerdings sehr, sehr viele Eltern, die Schätzung geht von 70 Prozent aus, nicht. Der Kontakt zum biologischen Vater wird nicht aktiv gefördert. Das Kind muss sich mit der Situation arrangieren und zu Gunsten des sozialen Vaters auf seinen biologischen Vater verzichten. Es wird zur Zeugung gezielt ein biologischer Vater gewählt, der möglichst wenig Interesse an seinem entstehenden leiblichen Kind hat, damit der Wunschvater die soziale Beziehung ungestört einnehmen kann. Der biologische Vater wird dabei auf seine technische Funktion als Lieferant von Samen reduziert, bzw. es wird zugelassen und gefördert, dass Männer ihre biologische Vaterschaft selbst darauf reduzieren. Die Familie eines Spenderkindes, insbesondere ein nichtgenetischer Elternteil, muss akzeptieren, dass der biologische Vater eine Bedeutung für das Kind besitzen kann und das Kind ihn möglicherweise kennenlernen möchte. Das kann Eifersucht und Verlustängste hervorrufen und zur Ausübung eines gewissen Drucks auf die Kinder führen, kein Interesse am biologischen Vater zu zeigen. Vor diesem Hintergrund sind auch die Wünsche der sozialen Väter verständlich, dass Regelungen geschaffen werden sollen, die ihnen ihre Elternstellung gegenüber dem Kind unwiderruflich garantieren. Aus Sicht des Kindes ist eine Aufklärung über seine Entstehungsweise absolut notwen-



dig. Studien zeigen, dass die Mehrzahl der aufklärten Spenderkinder den biologischen Vater im Laufe ihres Lebens kennenlernen möchte. Für das Kind wäre es wünschenswert, wenn es dabei auf die Unterstützung seiner Eltern zählen kann. Das ist leider keinesfalls die Regel. Die unsichere Position des sozialen Vaters in der Familie kann außerdem dazu führen, dass das Kind sich gegenüber dem Vater verantwortlich fühlt und meint ihn schützen zu müssen und ihn mit seinen Gefühlen und Gedanken an den biologischen Vater nicht belasten zu dürfen. Wir finden, dass Samenspenden aus diesen Gründen zumindest ethisch bedenklich sind. Damit meinen wir nicht, dass sie verboten werden sollten, wir halten es aber für wichtig, dass Eltern die hiermit verbundenen Schwierigkeiten kennen sollten um damit reflektiert umzugehen. Das wird unserer Meinung nach mit einer Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung unterlaufen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. In Ihrer Stellungnahme kritisieren Sie, dass die Reproduktionsmedizin derzeit primär dem Richterrecht überlassen werde und ein Fortpflanzungstourismus mit ungeklärten Rechtsfolgen bei der Rückkehr nach Deutschland existiere. Weiterhin kritisieren Sie; dass der vorliegende Gesetzentwurf von der nichtstimmigen Annahme ausgeht, dass mit der Änderung der Finanzierungsregelungen Probleme des Berufsrechts als auch zahlreicher anderer Rechtsnormen gelöst seien. Sie fordern stattdessen erst einmal eine systematische Rechtsentwicklung durch ein Fortpflanzungsmedizingesetz. Können Sie diese Forderung näher begründen?

Sve **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir beobachten mit großer Sorge einen zunehmenden Medizintourismus bei Paaren mit Kinderwunsch. Diese wollen sich in der Regel aus zwei Gründen einer Behandlung im Ausland unterziehen. Zum einen sind zahlreiche Verfahren hierzulande verboten, zum anderen gibt es ökonomische Gründe. Um Beispiele zu nennen: eine Eizellspende beispielsweise ist nach dem Embryonenschutzgesetz in Deutschland verboten, wird aber in vielen anderen europäischen Ländern praktiziert. Ähnliches sehen wir im Moment bei der Präimplantationsdiagnostik (PID), über die Sie im Parla-

ment beraten haben und die unter bestimmten Vorzeichen in Deutschland erlaubt ist. Im Ausland wird diese deutlich niederschwelliger angeboten. Auch dafür gehen Paare ins Ausland. Wir halten die Finanzierungsregelung für problematisch, denn es gibt diverse offene Fragen in diesem medizinisch-wissenschaftlich mittlerweile sehr etablierten Feld. Wir nehmen mit Sorge wahr, dass viele dieser Fragen im Moment vor Gericht geklärt werden. Prominentestes Beispiel ist die PID. Hier gab es zunächst das BGH-Urteil und erst danach die gesetzgeberische Initiative. Gerade in der letzten Zeit hat es mehrere BGH-Urteile gegeben, die dem Anspruch, den betroffenen Paare, ihren Kinder und gegebenenfalls den beteiligten Samenspendern sowie den behandelnden Ärzten Rechtsicherheit zu schaffen, so nicht genügen können und aus unserer Sicht eher zur weiteren Verwirrung beigetragen haben. Wir halten die Finanzierung für einen wichtigen Aspekt, aber dieser sollte nicht der erste Aspekt sein, der geregelt wird. Es muss der gesamte Bereich der Fortpflanzungsmedizin in den Blick genommen werden. Im Moment gibt es sehr fragmentierte Regelungen im Embryonenschutzgesetz, im Arzneimittel- und Transplantationsgesetz, im SGB V sowie in diversen anderen Rechtskreisen. Es sollte eine kongruente Regelung, die Rechtsicherheit für alle Betroffenen bietet und nicht, wie derzeit, die Betroffenen allein auf sich gestellt lässt, geschaffen werden.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Der vorliegende Gesetzentwurf zielt darauf ab, den Leistungsanspruch von eingetragenen Lebenspartnerschaften auf die ebenfalls auf Dauer angelegten, nichtehelichen Gemeinschaften zu erweitern. Auf welcher Grundlage soll die Leistungsentscheidung der Kassen, was die Anspruchsvoraussetzungen betrifft, gefällt werden. Was wäre erforderlich, um in Zukunft solche Entscheidungen treffen zu können?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Die Frage beantworte ich gerne. Sollte sich der Gesetzgeber für diesen Gesetzentwurf aussprechen, dann es ist aus Sicht der Krankenkassen wichtig, dass näher definiert wird, was unter Personen, die miteinander in einer auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft leben, zu verstehen ist. Wir haben zwar eine Rechtsprechung vom LSG Berlin-Brandenburg, in der der Begriff als gerade noch als tauglicher und



gängiger unbestimmter Rechtsbegriff betrachtet wird. Diese Rechtsprechung bezog sich aber auf Satzungsleistungen. Wenn dieser Gesetzesvorschlag realisiert wird, wird dies zur Regelleistung und ist dann für alle Krankenkassen in Deutschland verbindlich. Insofern würden wir es für notwendig erachten, dass eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft näher definiert wird. Ansonsten müsste jede Krankenkasse, jede Selbstverwaltung der Krankenkasse Fragen wie, muss eine häusliche Gemeinschaft bestehen oder wie lange muss eine Lebensgemeinschaft schon bestehen, damit sie auf Dauer angelegt ist, oder können Personen gegebenenfalls auch mit anderen Personen formell verheiratet oder verpartnert sein, individuell entscheiden. Hier müssen Grenzen gezogen werden, und das stellen wir uns in der Praxis als schwierig vor. Insofern würden wir für den Fall, dass der Gesetzgeber ein solches Gesetz beschließt, bitten, die Beantwortung dieser Fragen nicht allein den Selbstverwaltungen der Krankenkassen zu überlassen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Verein Spenderkinder. Bitte schildern Sie uns die rechtliche Stellung der Spenderkinder gegenüber dem Spender. Wo gibt es bei den heutigen gesetzlichen Regelungen vielleicht Schwierigkeiten und von welchen internationalen Regelungen könnten wir Ihrer Ansicht nach etwas lernen?

Sve **Christina Motejl** (Spenderkinder): Spenderkinder haben grundsätzlich ein Recht auf Kenntnis ihrer Abstammung und damit darauf zu wissen, wer ihr biologischer Vater, also der Samenspender, ist. Dieses Recht wurde in der Vergangenheit sehr lange missachtet. Reproduktionsärzte haben den Spendern rechtswidrig Anonymität zugesichert und die Behandlungsdaten nach nur zehn Jahren vernichtet. Der Auskunftsanspruch ist inzwischen durch die Rechtsprechung anerkannt. Im Januar gab es hierzu ein BGH-Urteil. Aber es existiert immer noch keinen ausdrücklichen gesetzlichen Anspruch. Zur Durchsetzung des Rechts sind deswegen oft teilweise langwierige und für viele Spenderkinder nicht finanzierbare Gerichtsverfahren notwendig. Als Problem sehen wir insbesondere an, dass selbst nach positiven Schätzungen heutzutage nur etwa 30 Prozent der Eltern ihre mit Samenspenden gezeugten Kindern über ihre Entstehungsweise aufklären. Das bedeutet, mindestens 70 Prozent wissen nicht, wie sie entstanden sind. Das ist

eine massive Bevormundung, die ethisch bedenklich ist. Aus diesem Grund fordern wir, genau wie bei adoptierten Kindern, die Eintragung des Spenders in das Geburtenregister und eine verpflichtende Beratung der Eltern über die Rechte des Kindes und zwar vor der Samenspende. Ein weiteres Problem ist, dass nach dem Transplantationsgesetz die Behandlungsdaten von Samenspenden seit 2007 nur 30 Jahre aufbewahrt werden müssen. Das ist viel zu kurz und bedeutet, dass ein durch Samenspenden gezeugter Mensch sich bis zum Alter von 29 klar werden muss, ob er das Recht auf Kenntnis der Abstammung wahrnehmen möchte. Das ist viel zu früh. Die Erfahrungen zeigen teilweise, dass Menschen sich erst dann für ihre Abstammung interessieren, wenn sie selbst eine Familie gründen wollen. Dies geschieht häufig auch später als mit 29 Jahren. Außerdem ist es eine Ungleichbehandlung gegenüber adoptierten Menschen, denn diese können ein Leben lang auf die Daten der Geburtseltern zurückgreifen, da diese im Geburtenregister stehen. Theoretisch ist es zurzeit außerdem möglich, dass ein Samenspender gegenüber dem Kind unterhaltspflichtig wird und umgekehrt, also das Kind gegenüber dem Samenspender. Das ist allerdings nur unter der Voraussetzung möglich, dass das Kind keinen rechtlichen Vater mehr hat, zum Beispiel, weil es die Vaterschaft angefochten hat. Dies ist aber nur innerhalb einer Frist von zwei Jahren möglich. In einem zweiten Schritt muss das Kind den Spender als Vater feststellen lassen. Dann besteht eine Unterhaltspflicht. Zu betonen ist aber, dass diese Unterhaltspflicht auch das Kind treffen kann, wenn der Spender alt und pflegebedürftig wird. Weil das aus unserer Sicht keine sachgerechte Situation ist, fordern wir einen Ausschluss der gegenseitigen Unterhalts- und Erbansprüchen, wenn der Samenspender über eine medizinische Einrichtung Samen gespendet hat. Eine Regelung für Samenspenden, die international als Vorbild dienen kann, gibt es in Großbritannien. Dort werden Daten zu Samenspenden bei dem staatlichen Register der HFEA [Human Fertilisation and Embryology Authority] eingetragen. Das Kind hat ab dem Alter von 18 Jahren einen Anspruch auf identifizierende Daten zu der Person des Spenders. Das Kind kann aber bereits im Alter von 16 Jahren nichtidentifizierende Daten erhalten. Die HFEA stellt bei gegenseitigem Wunsch auch den Kontakt zu Halbgeschwistern her und fördert ein DNA-Register für Altfälle. Allerdings ist auch



dort die Situation nicht ideal, denn die Kinder können nur dann über das Register etwas über den Spender herausfinden, wenn sie wissen, dass sie durch eine Samenspende gezeugt wurden. In ihren Personenstandsdokumenten ist dies nicht festgehalten. Da auch in Großbritannien noch viele Eltern ihre Kinder nicht über die Entstehungsweise aufklären, müssen diese selbst auf die Idee kommen, eine Anfrage bei diesem Register zu stellen. Eine Beratungspflicht für Eltern gibt es auch in Großbritannien nicht.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland. Begrüßen Sie aus Sicht der betroffenen Familien die Gesetzesinitiative von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Anspruch auf Finanzierung zu regeln und mit welchen Schwierigkeiten haben die Paare derzeit zu kämpfen, wenn sie eine solche Behandlung in Anspruch nehmen wollen?

Sve **Dr. Susanne Quitmann** (Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID)): Wir begrüßen diese Initiative, allerdings nur eingeschränkt, denn sie ist nur ein Tropfen auf dem heißen Stein. Wir sind der Meinung, dass die gesetzliche Regelung, so wie dies auch die Bundesärztekammer das sagt, und die gesellschaftliche Diskussion über dieses Thema in Anspruch genommen werden müsse, um so zu einer gesetzlichen Reproduktionsniederschrift zu kommen. Dann kann für das gesamte Reproduktionswesen, für Ärzte und Betroffenen eine der Zeit entsprechende Regelung gefunden werden. Die Schwierigkeiten, die diese Paare haben, sind, dass sie das Gefühl haben, außerhalb der Norm zu stehen, dass ihr normaler und überhaupt nicht in Frage zu stellender Wunsch, sich zu reproduzieren, nicht realisieren lässt und dass sie zusätzlich Geld aufbringen müssen. Ich habe mehrere Patienten, die sich hoch verschuldeten, damit sie entweder eine homologe oder heterologe reproduktionsmedizinische Behandlung durchführen können. Ich rede mit ihnen. Wenn sie meine Beratung in Anspruch nehmen wollen, müssen sie diese manchmal auch noch selbst bezahlen, da die Krankenkassen die Beratungskosten nicht übernehmen. Deshalb sollte dies alles geregelt werden, damit diese Paare nicht so unglaublich belastet werden und damit sie dem nachvollziehbaren Wunsch nachgehen können, ein

Kind haben zu wollen. Das gehört meines Erachtens zu den nicht in Frage zu stellenden Menschenrechten.

Abg. **Heiko Schmelzle** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige, Frau Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu. Wie bewerten Sie den vorgelegten Gesetzentwurf im Hinblick auf die Formulierung „auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaften“? Wie kann diese sichergestellt werden. Wer hätte zu überprüfen, ob die Partnerschaft auf Dauer angelegt ist, die Kasse, der Arzt oder würde man eine Bescheinigung des Standesamtes benötigen? Welche gesetzgeberischen Notwendigkeiten sehen Sie vielleicht noch?

Sve **Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu**: Für mich ist die gesetzliche Regelung, wie sie jetzt weiterentwickelt wird, nicht glücklich. Die Formulierung wird der Thematik nicht gerecht. Das, was gesetzlich geregelt werden soll, ist nämlich, dass Leistungen der Reproduktionsmedizin grundsätzlich allen Paaren zur Verfügung stehen sollen. Dann müssen aber aus meiner Sicht auch die Voraussetzungen für alle Paare gleich sein. Bis jetzt hatten wir die Regelung für Ehepaare. Bei den Ehepaaren ist die Ehe auf Dauer angelegt, jedenfalls denkt man sich das so. Mit der Ehe sind nämlich Rechte und Pflichten verbunden. Deswegen kann ich sagen, die Ehe ist auf Dauer angelegt und bietet eine gewisse Sicherheit für alle daran Beteiligten für das, was dann in der reproduktionsmedizinischen Behandlung folgt. Dieses Thema ist nicht nur aus Sicht der Paare, die einen Kinderwunsch haben, zu sehen, sondern dieses Thema ist insgesamt aus der Sicht aller Beteiligten zu betrachten. Hierzu gehören nicht nur das Paar, also Mann und Frau, sondern auch der Samenspender, das Kind und das Kindeswohl sowie die Reproduktionsmediziner. Häufig gibt es einen Spenderarzt und zusätzlich einen Befruchtungsarzt, denn die Medizin hat sich weiterentwickelt. Das Thema darf man deshalb aus meiner Sicht nicht nur aus der Perspektive der Paare, die einen Kinderwunsch haben, sehen. Die Ehe ist sicher und die Partnerschaft ist durch die gesetzliche Regelung auch sicherer geworden. An der Stelle fehlt noch relativ viel, was durch den Gesetzgeber nachgearbeitet werden müsste. Vollkommen unsicher ist aber die auf Dauer angelegte Lebenspartnerschaft, die jetzt eingefügt wird. Wenn man sich Sinn und Zweck des § 27a, ansieht, muss



man den rechtlich verbindlichen Rahmen schaffen. Mir persönlich ist es egal, wie diese Lebenspartnerschaft nachher heißt, ob auf Dauer angelegt oder verfestigt, Hauptsache die rechtliche Verbindung zu den Implikationen, die es auslöst, ist gegeben. Der Begriff „auf Dauer angelegt“ ist ein Begriff, den man aus meiner Sicht im Zivilrecht zunächst regeln müsste, da wir es hier mit einer familienrechtlichen Problematik zu tun haben. Im BGB gibt es momentan lediglich den Begriff der verfestigten Partnerschaft. Den Begriff „auf Dauer angelegt“ gibt es momentan nur im Wohnraumförderungsgesetz, aber auch da ist der Begriff nicht weiter erläutert. Man muss den Begriff in das Familienrecht nehmen. Man muss im Familienrecht die Rechte und Pflichten, die mit dieser Lebensgemeinschaft verbunden ist, regeln. Ich habe vergessen mich vorzustellen, ich bin Justiziarin in der Ärztekammer Nordrhein und seit 29 Jahren Mitglied einer ständigen Kommission für Fragen der In-vitro-Fertilisation. Wir haben viele Jahre die Thematik „auf Dauer angelegte Partnerschaft“ geprüft. Die Kriterien, die wir angelegt haben, waren zum einen eine gewisse Verfestigung, die sich beispielsweise in einem gemeinsamen Haushalt an einem Ort niederschlug, sowie die Übernahme von Verpflichtungen, wie zum Beispiel Lebensunterhalt, die Personensorge für den Partner, die Bereitschaft zur Abgabe aller notwendigen Erklärungen, insbesondere, wenn es um Fremdsamenspende geht. Wir haben auch darauf geachtet, wenn es beispielsweise um größere gemeinsame Investitionen gehen. Die Leute haben uns erzählt, sie hätten uns auf Teufel komm raus belogen. Wir haben versucht, das durch verschiedene Merkmale einzugrenzen. Letztlich ging es um das Wohl des Kindes, wenn rechtliche Fragestellungen nicht abschließend geklärt waren.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Frau Hirthammer, meine Frage geht nochmal an Sie und passt zu den bisherigen Äußerungen. Der beim Bundesinnenministerium für Justiz und Verbraucherschutz eingerichtete Arbeitskreis „Abstammungsrecht“ soll der Frage nachgehen, ob das geltende Abstammungsrecht die Vielfalt der aktuellen Lebensrealitäten noch adäquat abbildet und ob die derzeitige gesetzliche Regelung, die sich letztendlich durch verschiedenste gesetzgeberische Einzelmaßnahmen darstellt, noch stimmig ist. Welche Erwartungen haben Sie an die Arbeit dieses interdisziplinären Arbeitskreises?

SVe **Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtrau**: Das ist eine schöne Frage. Wir als Ärztekammer Nordrhein haben in der letzten oder vorletzten Woche diesen Arbeitskreis angeschrieben, weil wir der Auffassung sind, dass an bestimmten Punkten schnell etwas passieren muss. Ich habe beispielsweise vor kurzem erfahren, dass in Deutschland eine Embryonenspende praktiziert wird. Wir haben die gesetzliche Regelung, dass die Eizellspende verboten ist. Wir haben aber keine gesetzliche Regelung darüber, was mit der Embryonenspende ist. Das Strafrecht ist so konstruiert, dass nur das strafbar ist, was gesetzlich geregelt ist. Wenn ich jetzt die Embryonenspende nicht geregelt habe, muss ich zur Kenntnis nehmen, dass es Juristen und Rechtsberatung gibt, die sagen, was nicht geregelt ist, ist erlaubt und damit haben wir die Embryonenspende. Mir ist zu Ohren gekommen, dass es mittlerweile auch schon geborene Kinder gibt, die aus einer Embryonenspende entstanden sind. Das ist ein Thema, was uns umtreibt. Das weitere Thema, was uns oder mich schon seit vielen, vielen Jahren umtreibt, ist das Recht der Samenspende. Wir haben die Samenspende seit ungefähr 1985. Seinerzeit wurden Studenten oder Schüler, die von der Bundeswehr ihren Musterungsbescheid bekamen, angeschrieben und eingeladen, Samenspenden abzugeben. Die konnten wählen, ob sie das anonym machen. Es gab dafür Geld. Es gibt Studenten, von denen wir wissen, dass die mehr oder weniger ihr Studium damit finanziert haben, dass sie Samen gespendet haben. Bis heute ist das Recht des Samenspenders nicht geklärt und nicht geregelt. Es ist nicht ausgeschlossen, dass der Samenspender irgendwann zur Verantwortung gezogen wird, spricht zunächst die Vaterschaft festgestellt wird. In dem Moment, wo die Vaterschaft des Samenspenders festgestellt ist, entsteht rechtlich die Situation der Unterhaltsverpflichtung. Das ist eine Situation, die aus meiner Sicht unhaltbar ist, deswegen gab es bei uns in Nordrhein, aber auch in anderen Kammern in den Richtlinien zur Durchführung der künstlichen Befruchtung die Regelung, dass immer dann, wenn fremder Samen mit im Spiel ist, eine notarielle Erklärung abgegeben werden muss. Das ist unterschiedlich praktiziert worden. Wir haben viele notarielle Erklärungen bekommen. Bis heute sind die Regelungen, das sagt auch jeder Notar, die notariell getroffen werden können, immer noch unzureichend. Sie reichen nicht aus,



um letztlich den Samenspender aus der Verantwortung zu nehmen. Letztlich bleibt bei ihm das Risiko der Unterhaltsverpflichtung und es bleibt das Risiko auch der erbrechtlichen Verpflichtungen. Egal, welche Rechtskonstruktionen man wählt, ob man das des Schuldbeitrittes nimmt, oder der sogenannten Freistellung, es ist keine Rechtsicherheit zu schaffen. Jeder weist momentan auf diese Problematik hin. Die Rechtsprechung hat in den letzten zwei, drei Jahren enorm zugenommen und die Fälle werden immer bunter. Es wird letztlich immer kurioser und das führt bei uns dazu, ich spreche jetzt von Nordrhein, dass beispielsweise unsere Reproduktionsmediziner, die dieses Thema gerne besetzen und auch gerne helfen, beispielsweise bei der Fremdsamenspende, insbesondere bei lesbischen Paaren, sagen, das machen wir nicht, da ist uns das Risiko zu groß. Das machen wir nicht, weil wir gesagt haben, es geht nicht, sondern das machen sie, weil sie notariell und anwaltlich beraten worden sind, die Finger davon zu lassen, weil sie einfach dieses rechtliche Risiko nicht übernehmen können. Es gab einen Fall, den kennen Sie wahrscheinlich alle vom Bundesgerichtshof. Da ist ein Arzt zum Schadensersatz in Form des Kindesunterhaltes verpflichtet worden, weil eine Samenspende und eine künstliche Befruchtung stattgefunden hat, wo der Ehemann nicht eingewilligt hatte. Das kann aus meiner Sicht letztlich so nicht weitergehen. Deswegen ist es dringend erforderlich, dass wir ein Gesamtwerk erhalten. Für mich ist das österreichische Gesetz vorbildlich, es hat im Grunde genommen den ganzen Kontext aufgearbeitet.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Meine Frage richte ich an den GKV-Spitzenverband zum Themenkomplex versicherungsfremde Leistungen. Wie beurteilen Sie den seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz in dieser Form bestehenden Anspruch nach § 27a SGB V und die damit verbundenen Begrenzungen im Hinblick auf dessen Charakter als versicherungsfremde Leistung? Können Sie uns vor diesem Hintergrund Auskunft über die Möglichkeiten der Zusatzförderung durch die Länder in diesem Bereich geben und ausführen, wo das möglich wäre?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Mit dem neuen § 27a SGB V, der zum 1. Januar 2004 in Kraft gesetzt wurde, sind dem Grunde nach die da-

mals schon bestehenden G-BA-Richtlinien aufgenommen und umgesetzt worden. Danach ist eine Begrenzung der Ausgaben für künstliche Befruchtungen auf Fälle von medizinischer Notwendigkeit vorgenommen worden. Das ist das eine, was man daraus ablesen muss. Dann sind Altersgrenzen eingeführt worden, so dass für weibliche Versicherte nur die Kosten übernommen werden, sofern sie das 40. Lebensjahr und bei den Männern das 50. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. So dass neben den medizinischen Aspekten nach meiner Auslegung mit diesen Altersgrenzen eine starke Gewichtung auf das künftige Wohl des erhofften Kindes gelegt wurde. Weiterhin auch durch die Änderung des Gesetzes – die alte Regelung vor 2004 war weitergefasst – so dass sicherlich dort auch fiskalische Aspekte eine Rolle gespielt haben. Zu der Frage der weiteren Förderung von Bund oder Land, es gibt eine Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion. Diese Richtlinie gibt es seit 2012. Der zufolge kann der Bund finanzielle Mittel zur Unterstützung zur Verfügung stellen. Konkret sieht die Richtlinie vor, dass 25 Prozent nach Abrechnung der Kosten erstattet werden, wenn die Krankenversicherung die Kosten dafür übernommen hat. Darüber hinaus gibt es entsprechende Regelungen bzw. korrespondierende Regelungen mit den Ländern. Nach der Richtlinie sind die Behandlungen nur dann zuwendungsfähig, wenn das jeweilige Land sich in entsprechender gleicher Höhe an den Kosten beteiligt. Wie das die einzelnen Länder umsetzen und wie das in Anspruch genommen wird, darüber kann ich Ihnen leider keine Auskunft geben. Wir verfügen über keine Zahlen, Daten, Fakten dazu. Der GKV-Spitzenverband betrachtet den Leistungstatbestand der künstlichen Befruchtung als versicherungsfremd. Er steht zwar in dem Kapitel Krankheit, aber wir fühlen und bestärkt aufgrund eines Bundesverfassungsgerichtsurteils, das bestätigt, dass der leistungsauslösende Tatbestand hier keine Krankheit, sondern ein anderer Leistungstatbestand ist. Insofern ist es nach unserer Lesart eine versicherungsfremde Leistung, so wie Mutterschaft oder Empfängnisverhütung und andere Leistungen.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Bundesverband Reproduktionsme-



dizinischer Zentren. Ich möchte Sie nach Ihren Erwartungen an den Gesetzgeber hinsichtlich einer Ausweitung der künstlichen Befruchtung auf Paare unabhängig von der sexuellen Identität fragen.

SV Holger Eberlein (Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e. V. (BRZ)): Die Erwartung der Mediziner, der Ärzte gleicht dem, was wir bisher gehört haben. Die Mediziner sind zurzeit in einem relativ unsicheren Gebiet. Wir hatten zum Beispiel die Frage zur Definition einer Lebensgemeinschaft, bei der Leistungen erfolgen sollen. Wir hatten in der alten Musterrichtlinie der Bundesärztekammer die sehr interessante Regelung, dass diese gefestigte, so wie man es bezeichnete, Lebensgemeinschaft nach Überzeugung des Arztes vorliegen sollte. Das führt zu großen Unsicherheiten in allen Behandlungsbereichen. Wir haben gehört, dem kann ich mich eigentlich nur anschließen, dass wir den gesamten rechtlichen Regelungsrahmen über Unterhalt, über Verantwortlichkeiten nicht festgesetzt haben. Wir haben, obwohl es möglich ist und berufsrechtlich nicht mehr als verboten angesehen wird, bei der Behandlung lesbischer Paare große Zurückhaltung der Mediziner, weil man sich einfach davor scheut, Risiken einzu gehen, die sich derzeit überhaupt nicht übersehen lassen. Die Rechtsprechung braucht, wie Sie wissen, immer etwas länger für Regelungen, ist aber auch an die gesetzlichen Grundlagen gebunden, die man hat und die eigentlich nirgends auf den Bereich der Reproduktionsmedizin und deren speziellen Bedürfnissen zurechtgeschnitten sind. Das gilt für alle Beteiligten, für die Paare, für die zu zeugenden oder gezeugten Kinder, für die Samenspenden, für die Ärzte, für Samenbanken. Es gilt sozusagen für das gesamte Konglomerat, das mit dem Bereich befasst ist, und das eigentlich dringend und seit Jahren darauf hofft, dass eine gesamtgesetzliche Regelung kommt, die die speziellen Bedürfnisse und Hintergründe der Reproduktionsmedizin berücksichtigt, die eigentlich nur in einem Reproduktionsmedizinergesetz geregelt werden können.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch, Frau Dr. Quittmann. Bitte beschreiben Sie uns, welche Defizite Sie bei der Beratung zur künstlichen Befruchtung in der Realität sehen. Welchen Platz hat insbesondere die psychosoziale Beratung inklusive einer

Reflektion darüber, wie etwa mit biologischer und sozialer Elternschaft umgegangen werden kann und welche Folgen daraus für die Kinder entstehen? Welchen rechtlichen Änderungsbedarf sehen Sie hier?

Sve Dr. Susanne Quittmann (Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID)): Die psychosoziale Beratung wird innerhalb der Reproduktionsmedizin relativ vernachlässigt. Seitens der Paare ist das verständlich, denn diese wollen nicht auch noch als psychisch auffällig angesehen werden, sondern sie haben das Bedürfnis ein Kind zu bekommen. Aber wenn die Paare dann zu uns kommen, dann gibt es eine psychosoziale Beratung, die sehr gern angenommen wird. Viele, nicht alle Paare, die mit der heterologen Insemination betraut sind, schicken Paare zur Beratung zu uns. Wir bieten auch spezielle Förderungen für Berater für den Fall einer Gametenspende an. Wir beraten sehr ausführlich, weil wir der Meinung sind, dass es hauptsächlich um das Kindeswohl geht. Ich habe häufig für die Ärztekammer in Hamburg die Dauer einer Beziehung feststellen sollen, weil da am Anfang auch bei den Paaren, die eine normale reproduktionsmedizinische Behandlung im Homologenbereich machen wollten, sich die Frage gestellt hat, ob das auch Paare ohne Trauschein machen dürfen. Ich kann das natürlich nicht feststellen ob eine Beziehung dauerhaft sein wird, obwohl ich psychologisch geschult bin. Deshalb bin ich der Meinung, dass man davon absehen sollte. Stattdessen sollte die psychosoziale Beratung vor, während und nach reproduktionsmedizinischer Behandlung – weil diese nicht immer zu einem Erfolg führt, im homologen sowie im heterologen Bereich nicht – gefördert werden, weil das die Paare, die sie dann in Anspruch nehmen, auch tatsächlich weiterbringen kann. Das stellen wir immer wieder fest. In diesen Fällen ist keine ausführliche Psychotherapie notwendig, die manchmal, wenn Paare unbetreut bleiben, am Ende dann folgt und sehr viel Geld kosten kann. Paare sollten vorher beraten und auf die besondere Art und Weise der Elternschaft vorbereitet werden, zum Beispiel bei einer Spendersamenbehandlung. Diese besondere Weise der Elternschaft, die damit verbunden ist, dass wir den Eltern sagen, dass sie unbedingt die Kinder aufklären sollen, weil ein Geheimnis zu bewahren schwierig und belastend für eine Familie ist. Alles das machen wir, leider es ist diese Vorgehensweise nicht sehr



verbreitet ist. Das wäre wünschenswert. Eine Pflichtbehandlung, bin ich der Auffassung, sollte man vermeiden. Denn diese Paare sind keine psychisch auffälligen Paare, die in die Behandlung der Reproduktionsmedizin gehen, sondern ganz normale Paare. Diese ganz normalen Paare zusätzlich zu belasten, wenn sie etwas nicht wollen und dann pflichtmäßig beraten werden sollen, finden wir nicht glücklich. Sondern es muss eine möglichst von allen Seiten geförderte psychosoziale Beratung angeboten werden. Wenn eine entsprechende Beratungsmöglichkeit vorhanden ist, dann wird diese gerne von den Paaren, die durch die Behandlung selbst sehr belastet sind, angenommen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich glaube, es gibt auf Dauer angelegte verfestigte Partnerschaften ohne Trauschein, genauso wie es nichtverfestigte Partnerschaften mit Trauschein gibt. Es gibt im Bereich der Reproduktionsmedizin viele rechtliche Fragen zu klären und dafür setzen wir uns seit langem ein. Ich habe jetzt eine Frage an den BKK VBU. Aus welchen gesellschaftspolitischen Erwägungen heraus haben Sie sich seinerzeit entschlossen, die Kosten einer künstlichen Befruchtung auch für nichtverheiratete Paare anteilig als Satzungsleistung zu übernehmen und würden Sie sich nach dem Urteil des Bundessozialgerichtes eine entsprechende Gesetzesänderung wünschen?

Sve Andrea Galle (Betriebskrankenkasse Verkehrsbau Union (BKK VBU)): Ich bin Verwaltungsratsvorsitzende der BKK VBU, einer Betriebskrankenkasse mit Sitz in Berlin. Wir gehören zu den 30 größten Krankenkassen in Deutschland. Wir haben seinerzeit in der Selbstverwaltung zu diesem Thema eine umfangreiche Diskussion geführt und haben den § 11 Abs. 6 SGB V zum Anlass genommen, eine Satzungsregelung zu verabschieden, die auch Paaren ohne Trauschein einen Zugang zum § 27a SGB V zur Behandlung der ungewollten Kinderlosigkeit gewähren sollte. Es ist seinerzeit höchststrichterlich abgelehnt worden, dass Krankenkassen eine solche Leistung über Satzungsregelung gewähren können. Wir sehen aber aus dem täglichen Erleben, dass ungewollt kinderlose Paare unabhängig davon, ob sie verheiratet sind oder nicht, unter dem Problem der Zeugungsunfähigkeit oder der Kinderlosigkeit leiden. Sie zahlen bereits heute höhere Beiträge, sie unterliegen einem sehr hohen Erwartungsdruck des direkten Umfeldes und der

Gesellschaft und sie müssen sich teilweise wirklich diffamieren lassen. Der Begriff „DINK“, Double Income no Kids, ist Ihnen vielleicht ein Begriff. Und es gibt immer wieder die Forderung, auch in der Selbstverwaltung, Kinderlosen die Rente zu kürzen. Gleichzeitig erleben diese Paare, dass die Solidargemeinschaft, die diese Forderungen diskutiert, sie bei dem Versuch, ein Kind zu zeugen, im Stich lässt. Das war seinerzeit der Grund für die Selbstverwaltung, Paaren ohne Trauschein den Zugang zu Leistungen für die künstliche Befruchtung als Satzungsleistung zu schaffen. Im Übrigen sehen wir als Krankenkasse, dass der § 27a SGB V der Krankenbehandlung zugeordnet ist. Er gehört zum Kapitel Krankenbehandlung und Krankenkassen gewähren ihre Leistungen auf der Basis medizinischer Notwendigkeit und wenn die Verfahren für die GKV zugelassen sind. Es ist unstrittig, dass die Methode der künstlichen Befruchtung für die GKV zugelassen ist. Das Ob steht nicht mehr zur Diskussion. Es geht letzten Endes darum festzustellen, welcher Personenkreis diese Methode in Anspruch nehmen kann. Wir halten es als Krankenkasse für problematisch, mit Versicherten, mit Beitragszahlern, Diskussionen darüber zu führen, die in den Bereich der Werte und Moral gehen. Das sind aber zurzeit die Diskussionen, die wir mit unseren Versicherten im täglichen Leben führen.

Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU): Ich hätte nochmal eine Frage an den GKV-SV. Welche Eingrenzung gibt es dadurch, dass der zu finanzierende Personenkreis sich auf diejenigen beschränken soll, die medizinische Gründe vorweisen können. Und in dem Zusammenhang würde es mich interessieren, wie hoch Sie die Zahl der in Frage kommenden Frauen, die in einer auf Dauer angelegten lesbischen Beziehung oder in einer Partnerschaft, wo beide Frauen nicht in der Lage wären ein Kind durch Fremdinsemination zu bekommen, einschätzen würden?

SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband): Den Gesetzentwurf lesen wir nicht so, dass mit dem Zusatz aus medizinischen Gründen der Personenkreis eingeschränkt wird. Im Gegenteil, der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Personenkreis ausgeweitet wird. Allerdings wird mit der Einfügung des Zusatzes „aus medizinischen Gründen“ festgeschrieben, dass für alle neuen Personenkreise die medizinische Indikation als Voraussetzung für die Leistung



der GKV erbracht werden soll. So interpretieren wir den Gesetzentwurf. Wir haben hier die Problematik, wie auch eingangs bei den Fragestellungen schon skizziert, dass die bisherige medizinische Indikationsstellung Voraussetzung ist, um einen Leistungsanspruch zu definieren. Wenn das Parlament einen Gesetzentwurf verabschieden würde, um sicherzustellen, dass auch bei gleichberechtigten Paaren allein medizinisch begründete Fälle den leistungsauslösenden Tatbestand und damit die Leistungspflicht der GKV auslösen, würden wir uns wünschen, dass es weitere Festlegungen gibt. Ich kann Ihnen leider nicht mit Zahlen, Daten, Fakten zu Paaren, zu Frauen, die diese Voraussetzungen erfüllen würden, dienen.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Ich hätte nochmal eine Frage an den Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren e. V. Ich hätte gern gewusst, welche Paarkonstellationen mit dem Wunsch nach Behandlung zu Ihnen kommen. Welche Rolle spielt die Finanzierung der Behandlung in den unterschiedlichen Paarkonstellationen?

SV **Holger Eberlein** (Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e. V. (BRZ)): Die Paarkonstellationen sind eigentlich ein Spiegelbild der Gesellschaft. Der Kinderwunsch oder Wunsch sich behandeln zu lassen, tritt eigentlich bei allen auf. Da können Sie nicht wirklich spezifizieren und sagen, das sind mehr verheiratete, unverheiratete oder gleichgeschlechtliche Paare. Der Wunsch ist da. Sie können auch nicht spezifizieren, wie stark der Wunsch ist. Sie können sagen, wenn der Kinderwunsch wirklich stark ist, dann sind die Paare auch bereit, die Kosten selber zu tragen, ungeachtet der Frage, ob sie diese tragen können. Die Bereitschaft, die Kosten selber zu tragen, ist relativ hoch. Da wo Erfahrungen vorliegen, zum Beispiel mit lesbischen Paaren, spielt die finanzielle Frage keine wirkliche Rolle. Man hat nicht den Eindruck, dass die Entscheidung davon letztendlich abhängig gemacht wird.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. In Ihrer Stellungnahme legen Sie dar, dass die Finanzierungsregelungen im SGB V weder die bestehenden berufsrechtlichen Regelungen ändern, noch die offenen Fragen der Reproduktionsmedizin lösen können.

Können Sie das bitte noch einmal näher begründen.

SVe **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wenn man sich die rechtlichen Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin anschaut, geht man zunächst vom Verfassungsrecht, Grundgesetz und Bundesrecht aus. Ich hatte das Embryonenschutzgesetz, das Transplantationsgesetz und das Arzneimittelrecht bereits genannt. Erst dann folgen Landesrecht und die in die autonomen Satzungen der Ärztekammern gegebenenfalls übernommenen Regeln der Musterrichtlinie zur assistierten Reproduktion. Es handelt sich um völlig unterschiedliche Rechtskreise, die wir betrachten müssen. Der vorliegende Gesetzentwurf zielt auf das SGB V und hat insofern keine direkten Auswirkungen auf das Satzungsrecht der Landesärztekammern. Historisch betrachtet ist dies eine Vorleistung der Ärzteschaft, die wir aus verschiedenen Bereichen kennen. Immer wenn Innovationen in medizinischen Feldern vorangetrieben worden sind und sich gewisse Therapieformen etabliert haben, hat die Ärzteschaft versucht, diese Bereiche vorzustrukturieren und Regelwerke zu erlassen. Ein Beispiel sind die Richtlinien zur Gendiagnostik. Mit fortschreitender Etablierung dieser medizinischen Bereiche sind irgendwann gesetzgeberische Aktivitäten gefolgt, in dem Fall war es das Gendiagnostikgesetz. Ein anderes Beispiel wäre der Kodex, den sich die ersten Transplantationszentren gegeben haben, der in den 90er Jahren im Transplantationsgesetz mündete. So ist auch die Musterrichtlinie, die die Bundesärztekammer herausgegeben hat, zu verstehen. Diese hat keine eigentliche Rechtsgrundlage, sondern wird erst durch die Umsetzung in das Landesrecht der Kammern verbindlich. Die Richtlinie nimmt für sich in Anspruch eine Orientierungsfunktion zu geben und im Vorwort steht ausdrücklich, ich zitiere: „...diese Orientierungsfunktion ist vor dem Hintergrund der Dynamik der wissenschaftlich technischen Entwicklung umso bedeutsamer, solange der Gesetzgeber das Recht der Fortpflanzungsmedizin nicht systematisch regelt...“ Diese Bitte an den Gesetzgeber verfolgen wir jetzt seit den 80er Jahren und mit der zunehmenden Etablierung der medizinischen Verfahren in diesem Bereich sehen wir uns als Ärzteschaft nicht mehr legitimiert, diese wesentlichen Fragen, die rechtlicher und insbesondere gesellschaftspolitischer Natur sind, durch ärztliches Berufsrecht zu regeln. Insofern haben wir



uns jetzt entschieden, die durch das Gewebegesetz neu geschaffene Rechtsgrundlage, eine Richtlinie nach § 16b des Transplantationsgesetzes zu erlassen und perspektivisch die sehr breit angelegte Regelung aus der Musterrichtlinie zu verlassen. Damit beschränken wir uns auf die medizinisch wissenschaftlichen Feststellungen. Das impliziert die Bitte an Sie, an den Gesetzgeber, die gesellschaftspolitischen Fragen zu regeln und wesentliche Rahmenvorgaben zu schaffen, innerhalb derer die Ärzteschaft bereit ist, Verantwortung zu übernehmen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Wir schenken unsere Zeit den Antragstellern.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank an die Kollegen der Fraktion DIE LINKE. Ich frage die Bundesärztekammer, denn das Thema ist die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für die Reproduktionsmedizin. Spricht aus Ihrer Sicht etwas gegen die Gleichbehandlung von verheirateten, verpartnerten und in nichtehelicher Lebensgemeinschaft lebenden Paaren bei der künstlichen Befruchtung?

Sve **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir sind im Grundsatz nicht pessimistisch und hoffen, dass es nicht so lange dauern wird mit dem Fortpflanzungsmedizinengesetz. Es ist keine ärztliche Frage, welche Paare oder Konstellationen sich am Ende einer Kinderwunschbehandlung und auch einer GKV-finanzierten Kinderwunschbehandlung zuwenden dürfen. Das ist eine gesellschaftspolitisch zu beantwortende Frage und unser Problem, so sehr wir begrüßen, dass Sie sich als Fraktion dieses Themas annehmen, ist der von Ihnen gewählte Ansatz. Die Finanzierung ist zwar ein wichtiger Aspekt, aber eigentlich der zweite Schritt vor dem Ersten. Sie haben den Gleichheitsgrundsatz angesprochen. Wenn Sie sich beispielsweise Paare mit einem genetischen Defekt, die eine Präimplantationsdiagnostik in Anspruch nehmen möchten, anschauen. Nach den jetzigen gesetzlichen Regelungen und auch nach einem Urteil des Sozialgerichts sind diese von der Kostenübernahme durch die GKV ausgenommen. Auch hier ist der Grundsatz der Gleichbehandlung noch nicht komplett umgesetzt. Wir halten es für wichtig, das ganze Thema in den Blick zu nehmen. Der von Ihnen gewählte Aspekt ist nur ein Fragment.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich hätte nochmal eine Frage an Spenderkinder. Sie sprachen davon, dass manche Eltern ihren Kindern verschweigen, wer der genetische Vater ist. Wenn Adoptionskinder durch Zufall erfahren, dass sie adoptiert worden sind, fühlen sie sich häufig betrogen. Ist das bei den betroffenen Frauen und Männern, die aus einer Samenspende entstanden sind, ebenfalls so? Wie oft passiert es, beispielsweise durch einen Gentest, dass plötzlich klar wird, dass der Vater nicht der leibliche Vater ist?

Sve **Christina Motejl** (Spenderkinder): Man kann allgemein nicht sagen kann, wie viele Menschen tatsächlich nie erfahren werden, dass sie durch Samenspende gezeugt worden sind. Es gibt keine Zahlen darüber, wie viele Menschen in Deutschland es betrifft. Es gibt nur Schätzungen. Die Zahlen werden aber nicht gesichert erfasst und auch die Fragen der Aufklärungsbereitschaft der Eltern wird nur geschätzt. Sie stammen aus Studien die gar nicht Deutschland, sondern andere Länder betreffen. Ältere Studien aus den 90er Jahren gehen davon aus, dass etwa 10 Prozent der Eltern ihre Kinder aufklären, neuere Studien sehen eine Quote von 30 Prozent. Das wird schon als gut bewertet, aber es bedeutet leider immer noch, dass 70 Prozent der Kinder nichts davon erfahren. In unserem Verein haben geschätzt ungefähr 60 Prozent erst im Erwachsenenalter davon erfahren. Ich selber habe es zum Beispiel erst im Alter von 26 Jahren erfahren. Wie man darauf reagiert ist eine Frage der Persönlichkeit, aber die meisten Betroffenen berichten, es wäre ein großer Schock, der als Vertrauensbruch der Eltern verstanden worden sei und sie teilweise dazu geführt habe, ihr ganzes bisheriges Leben in Frage zu stellen. Es weckt auch ein Gefühl von Ohnmacht, weil man sich fragt, wie Eltern so etwas verheimlichen können, wie sie dem Kind so wenig hätten vertrauen können. Ohnmachtsgefühle gibt es auch gegenüber den Ärzten, die sich erlaubt haben, den Samenspendern Anonymität zu versichern und die Behandlungsdaten nach zehn Jahren vernichtet haben, wissend, dass sie einen Menschen zeugen, der sich für diese Daten interessiert. Ich habe zum Beispiel keinerlei Zugang zu diesen Daten, zu Gesundheitsdaten, die teilweise schon wichtig sind. Wir fordern deshalb eine verpflichtende Beratung für Eltern, damit sie sich der Herausforderung und auch der Rechte des zu zeugenden Kindes bewusst



sind. Wir stimmen BKiD e. V. zu, dass es keine Garantie ist, dass die Eltern tatsächlich aufgeklärt werden, aber es erhöht die Chance, dass die Eltern verantwortungsvoll mit dieser Form der Familiengründung umgehen. Natürlich sind diese Eltern nicht per se psychologisch auffällig, da stimme ich zu, aber bei einer Aufklärungsquote von nur 30 Prozent kann man nicht so tun, als würde kein Problem existieren. Die Pflichtberatung würde dieses Problem angehen.

Der **Vorsitzende**: Damit ist unsere Anhörung beendet. Ich darf mich ganz herzlich bei Ihnen, bei den Sachverständigen, bei den Kolleginnen und Kollegen und bei den Zuschauern bedanken. Man lernt, meine sehr verehrten Damen und Herren, immer was dazu.

Frau Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu, ich habe jetzt mitbekommen, dass früher Generationen von Studenten teilweise durch Samenspenden ihr Studium finanziert haben. Auch das war mir neu, aber solche Sachen bleiben immer hängen. Ich danke Ihnen ganz herzlich.

Schluss der Sitzung: 15:06 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender