

## **Antrag**

**der Abg. Andreas Kenner u. a. SPD**

**und**

## **Stellungnahme**

**des Ministeriums für Soziales und Integration**

### **Die Übernahme von Kosten für die Kinderwunschbehandlung in Baden-Württemberg**

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen  
zu berichten,

1. in welcher Höhe und zu welchem Anteil gesetzliche Krankenkassen für Versicherte aus Baden-Württemberg die Kosten für Kinderwunschbehandlungen nach § 27 a Sozialgesetzbuch (SGB) V übernehmen;
2. in welcher Höhe und zu welchem Anteil das Land Baden-Württemberg über die Beihilfe für seine Beamtinnen und Beamten und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten die Kosten für Kinderwunschbehandlungen übernimmt sowie in welcher Höhe und zu welchem Anteil die üblichen ergänzenden privaten Krankenversicherungen zusätzlich leisten;
3. welche Kosten damit gesetzlich Versicherte bzw. Beamtinnen oder Beamte des Landes Baden-Württemberg und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten für Kinderwunschbehandlungen entsprechend den Regelungen in § 27 a SGB V in der Regel selbst tragen müssen;
4. wie viele Fälle entsprechender Kinderwunschbehandlungen gesetzlich Versicherter in Baden-Württemberg in den letzten fünf Jahren von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen worden sind;
5. wie viele Fälle entsprechender Kinderwunschbehandlungen für Beamtinnen und Beamte des Landes Baden-Württemberg und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten in den letzten fünf Jahren über die Beihilfe übernommen worden sind;

6. inwiefern und mit welchem Ergebnis sie bisher erwogen hat, sich gemäß der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an den Behandlungskosten zu beteiligen;
7. wie sie aktuell die Frage einer Kostenbeteiligung des Landes beurteilt und wie hoch die notwendigen Haushaltsmittel dafür wären.

09.08.2019

Kenner, Gruber, Hinderer, Stichelberger, Wölflé SPD

### Begründung

Paare mit unerfülltem Kinderwunsch, die sich für eine künstliche Befruchtung entscheiden, haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, einen Teil der ihnen entstehenden Behandlungskosten von bis zu mehreren Tausend Euro durch ihre gesetzliche Krankenversicherung bzw. die Beihilfe erstatten zu lassen. Viele der gesetzlichen Krankenkassen übernehmen nur 50 Prozent der Kosten nach dem genehmigten Behandlungsplan. In den Ländern Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen sowie voraussichtlich demnächst auch Nordrhein-Westfalen erhalten die Paare eine Unterstützung für die restlichen Kosten. In Baden-Württemberg ist dies nicht der Fall, da der Bund seinen Zuschuss nur leistet, wenn auch das Bundesland, in dem die Betroffenen ihren Hauptwohnsitz haben, eine entsprechende Förderung leistet. In einer Anhörung im Deutschen Bundestag lehnten die Expertinnen und Experten mehrheitlich die derzeitige Regelung als ungerecht ab. Die Übernahme der Kosten dürfe nicht vom Wohnort eines Paares abhängen. Die Möglichkeit einer künstlichen Befruchtung dürfe auch nicht vom Einkommen eines Paares abhängen. Mit dem Antrag soll erfragt werden, welche Überlegungen bei der Landesregierung dazu bestehen.

### Stellungnahme

Mit Schreiben vom 4. September 2019 Nr. 21-0141.5-016/6787 nimmt das Ministerium für Soziales und Integration im Einvernehmen mit dem Ministerium für Finanzen zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen  
zu berichten,*

- 1. in welcher Höhe und zu welchem Anteil gesetzliche Krankenkassen für Versicherte aus Baden-Württemberg die Kosten für Kinderwunschbehandlungen nach § 27 a Sozialgesetzbuch (SGB) V übernehmen;*

Nach § 27 a Abs. 1 SGB V umfassen die Leistungen der Krankenbehandlung medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn diese nach ärztlicher Feststellung erforderlich und erfolgversprechend sind. Ferner müssen die Personen, welche die Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sein. Zudem dürfen ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet werden (sog. homologes System). Weitere Voraussetzung ist, dass sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt,

der die Behandlung nicht selbst vornimmt, über eine solche Therapie unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder an eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121 a SGB V erteilt worden ist.

Die Krankenkasse hat vor Beginn der Behandlung einen Behandlungsplan zu genehmigen. Da die Leistung nach wie vor als Sachleistung ausgestaltet ist, finden die Regelungen über privatärztliche Behandlung auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) keine Anwendung. Die Leistung ist vorher zu beantragen.

Von den im genehmigten Behandlungsplan aufgeführten Kosten trägt die Krankenkasse 50%. Den Rest hat der Versicherte selbst zu zahlen. Die gesetzliche Begrenzung der Übernahme der Kosten für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung auf die Hälfte der Gesamtkosten ist verfassungsgemäß (Bundessozialgericht, Urteil vom 19. September 2007, B 1 KR 6/07 R). Diesen Anspruch auf hälftige Erstattung aller Kosten der Befruchtungsmaßnahmen hat jeder Versicherte gegen seine Krankenkasse (Bundessozialgericht, Urteil vom 3. April 2001, B 1 KR 22/00 R). Sind die Ehepartner bei verschiedenen Krankenkassen versichert, kommt ein Wahlrecht der Versicherten in Betracht. Allerdings können die Krankenkassen eine andere Verteilung nach Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten vereinbaren. Ist einer der Ehegatten nicht gesetzlich, sondern privat krankenversichert, besteht ebenfalls ein Wahlrecht.

Die Krankenkasse ist aber nur für diejenigen Leistungen zuständig, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden. Hierzu gehören im Rahmen der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gegebenenfalls erforderliche Leistungen beim Ehegatten des Versicherten nicht, wenn dieser nicht bei derselben Krankenkasse versichert ist. Für die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens sowie für die notwendigen Laboruntersuchungen beim Ehemann ist die Krankenkasse des Ehemannes leistungspflichtig.

Darüber hinaus grenzt das Gesetz durch die Bestimmung von Altersgrenzen den Leistungsanspruch ein. Versicherte müssen mindestens das 25. Lebensjahr und dürfen höchstens das 40. (Frauen) bzw. 50. (Männer) Lebensjahr vollendet haben. Die Regelung trägt dem Gesichtspunkt Rechnung, dass bereits jenseits des 30. Lebensjahres das natürliche Konzeptionsoptimum überschritten ist und die Konzeptionswahrscheinlichkeit nach dem 30. Lebensjahr gering ist. Die untere Zeitgrenze (Mindestalter 25 Jahre) soll dazu beitragen, dass die Chance einer Spontanschwangerschaft nicht durch fehlende Geduld und mit Hilfe einer schnellen Medikalisierung vertan wird.

Nach § 11 Abs. 6 SGB V kann eine gesetzliche Krankenkasse in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität unter anderem im Bereich der künstlichen Befruchtung vorsehen. Viele Krankenkassen haben von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und in ihren Satzungen höhere Erstattungssätze verankert.

*2. in welcher Höhe und zu welchem Anteil das Land Baden-Württemberg über die Beihilfe für seine Beamtinnen und Beamten und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten die Kosten für Kinderwunschbehandlungen übernimmt sowie in welcher Höhe und zu welchem Anteil die üblichen ergänzenden privaten Krankenversicherungen zusätzlich leisten;*

Die Nennung einer genauen Höhe, bis zu der das Land Baden-Württemberg für seine Beamtinnen und Beamten und deren berücksichtigungsfähigen Ehegatten eine Beihilfe zu den Kosten für eine Kinderwunschbehandlung gewährt, ist nicht möglich, da jeder einzelne Behandlungsfall individuell nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet wird und entsprechend individuell Arzneimittel hinzukommen.

Allgemein gilt jedoch, dass sich die Beihilfegewährung nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 Beihilfeverordnung Baden-Württemberg (BVO) in Verbindung mit der Verwaltungsvorschrift Nummer 1.3 zu § 6 Absatz 1 Nummer 1 BVO richtet. Demnach sind u. a. das Verursacherprinzip und die jeweiligen Höchstbehandlungszahlen bei der Prüfung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zu beachten.

Unter diesen Voraussetzungen werden die Aufwendungen, die der verbeamteten Person oder dem berücksichtigungsfähigen Ehegatten zugeordnet worden sind, entsprechend dem jeweiligen Bemessungssatz (50 % oder 70 %) bei Vorliegen der weiteren beihilferechtlichen Voraussetzungen erstattet. Sämtliche Aufwendungen sind demnach grundsätzlich der verursachenden Person zuzuordnen. Sollten beide Partner Verursacher sein, sind die Aufwendungen grundsätzlich der Person zuzuordnen, bei der die medizinischen Leistungen erbracht worden sind. Extrakorporale Maßnahmen werden in diesem Fall der Person zugeordnet, an welche die Rechnung ausgestellt ist.

Eine Beschränkung der erstattungsfähigen Aufwendungen auf 50 % wie in § 27 a SGB V vorgesehen kennt das Beihilferecht nicht.

Die restlichen Kosten wären über eine private Krankenversicherung abzudecken. Versicherte von privaten Krankenversicherungen haben eine eigenständige Versicherungsform gewählt. Für privat versicherte Patientinnen und Patienten ergibt sich der Anspruch auf Übernahme der Kosten einer Kinderwunschbehandlung aus dem Krankenversicherungsvertrag. Private Krankenversicherer unterscheiden sich teilweise erheblich voneinander, was die Bezahlung von Kinderwunschbehandlungen angeht. Ob und in welcher Höhe sich die privaten Krankenversicherungen im Einzelfall an den Kosten beteiligen, ist dem Finanzministerium nicht bekannt.

*3. welche Kosten damit gesetzlich Versicherte bzw. Beamtinnen oder Beamte des Landes Baden-Württemberg und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten für Kinderwunschbehandlungen entsprechend den Regelungen in § 27 a SGB V in der Regel selbst tragen müssen;*

Gesetzlich Versicherte haben den Anteil der Kosten für Kinderwunschbehandlungen selbst zu tragen, der auf Grundlage des individuellen Behandlungsplans nicht von der jeweils zuständigen gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird (vgl. auch Antwort zu Ziffer 1). Hinsichtlich der Beamtinnen oder Beamten wird auf die Antwort zu Ziffer 2 verwiesen.

*4. wie viele Fälle entsprechender Kinderwunschbehandlungen gesetzlich Versicherter in Baden-Württemberg in den letzten fünf Jahren von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen worden sind;*

Die Leistungsfälle der Kinderwunschbehandlungen werden in der amtlichen Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erhoben.

In den Jahren 2014 bis 2018 wurde bei 19.500 Patientinnen die Gebührenziffer 08230 (Zuschlag Reproduktionsmedizin) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für Ärzte über die Kassenärztliche Vereinigung (KVBW) abgerechnet und damit eine (oder mehrere) Kinderwunschbehandlungen durch Vertragsärztinnen/-ärzte der KVBW erbracht. Die Angabe von „19.500 Patientinnen“ kann ggf. unvollständig sein, wenn GKV-Patientinnen direkt mit Krankenkassen abgerechnet haben. Weitere statistische Auswertungen liegen dem Land nicht vor.

*5. wie viele Fälle entsprechender Kinderwunschbehandlungen für Beamtinnen und Beamte des Landes Baden-Württemberg und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten in den letzten fünf Jahren über die Beihilfe übernommen worden sind;*

Eine Anfrage beim Kommunalen Versorgungsverband Baden-Württemberg sowie beim Landesamt für Besoldung und Versorgung (LBV) ergab, dass derartige Daten nicht erhoben werden. Eine Beantwortung dieser Frage ist daher nicht möglich.

6. *inwiefern und mit welchem Ergebnis sie bisher erwogen hat, sich gemäß der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an den Behandlungskosten zu beteiligen;*

7. *wie sie aktuell die Frage einer Kostenbeteiligung des Landes beurteilt und wie hoch die notwendigen Haushaltsmittel dafür wären.*

Die Fragen zu den Ziffern 6 und 7 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Förderrichtlinie der Bundesregierung „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“ wird von Baden-Württemberg sowie sieben weiteren Bundesländern abgelehnt, weil sie in ihrer Gesamtheit als nicht geeignet bewertet wird und sie die grundsätzlichen Bedenken gegenüber der mit der Richtlinie gewählten Form der Unterstützung ungewollt kinderloser Paare nicht beseitigt. Eine Länderbeteiligung zur Verringerung des Elternanteils ist weder systemgerecht noch erforderlich. Die Länder würden Kosten übernehmen, die seit der gesetzlichen Kürzung der Kassenzuschüsse durch den Bund 2004 nicht mehr erstattet werden.

Das Land erachtet es als zielführender, dass neben eventuellen Bundesleistungen die gesetzliche Kassenbeteiligung weiter erhöht wird. Dafür setzt sich Baden-Württemberg seit Jahren ein. In den letzten Jahren bieten inzwischen zahlreiche auch in Baden-Württemberg tätige Gesetzliche Krankenkassen im Rahmen von freiwilligen Satzungsleistungen erhöhte Kostenübernahmen an.

Auf Bundesebene ist die Diskussion aufgrund der unterschiedlichen Fördersituation und der hierzu im Koalitionsvertrag vom 12. März 2018 von CDU, CSU und SPD enthaltenen Absichtserklärung „Wir wollen ungewollt kinderlose Paare besser unterstützen und dazu die Maßnahmen der Bundesinitiative ‚Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit‘ unter Beibehaltung der bestehenden Förderkriterien fortführen. Wir wollen die Zuschüsse für Paare aus der Bundesinitiative in ganz Deutschland unabhängig davon gewähren, ob das jeweilige Bundesland sich an dem Programm beteiligt.“ (Seite 20) weiterhin im Gange. Eine entsprechende Umsetzung des Koalitionsvertrages hätte zur Folge, dass erstmals Eltern aus Baden-Württemberg Bundeszuschüsse erhalten können. Es steht dem Bund zudem frei, verbleibende Eigenanteile über eine weitere Erhöhung der Bundes- oder Kassenanteile zu reduzieren.

Eine Schätzung der „notwendigen Haushaltsmittel“ ist nicht möglich, da die an der Bundesrichtlinie teilnehmenden Länder jeweils eigenständige Vereinbarungen mit teilweise erheblich voneinander abweichenden unterschiedlichen Förderkriterien mit dem Bund abgeschlossen haben. Daher wäre eine Kostenschätzung auch von der konkreten Ausgestaltung einer Vereinbarung abhängig.

In Vertretung

Prof. Dr. Hammann  
Ministerialdirektor