

# Lieb und teuer

## Preise und Erstattungen für Reproduktionsmedizin bestimmen mit, wer Familie sein darf

---

Auf künstlichem Wege Kinder zu bekommen, ist teuer. Wer eine Eizelle im Labor befruchten und dann einsetzen lassen will, muss mit Kosten von bis zu 5.000 Euro rechnen. Und meist bleibt es nicht bei einem Versuch. Welche Kosten von gesetzlichen Versicherungen unter welchen Bedingungen erstattet werden, ist von Land zu Land verschieden. Der internationale Vergleich lehrt einiges über gesellschaftliche Normen und Familienbilder.

*Mio Tamakoshi und Hannah Zagel*

Medizinisch unterstützte Fortpflanzung – also zum Beispiel die In-vitro-Fertilisation (IVF) oder eine künstliche Befruchtung mit gespendetem Spermia – ist zunehmend gefragt. Immer mehr Menschen wollen Unfruchtbarkeit behandeln lassen oder außerhalb des heterosexuellen Paarkontextes eine Familie gründen. Bei den Diskussionen über diese Behandlungen wird manchmal übersehen, wie teuer sie sind. In Europa liegen die Kosten für eine IVF-Behandlung bei 4.000 bis 5.000 Euro pro Zyklus. Es liegt auf der Hand, dass öffentliche Mittel den individuellen Zugang zu solchen medizinischen Verfahren entscheidend verbessern können. Viele Wohlfahrtsstaaten subventionieren Maßnahmen der Reproduktionsmedizin über die gesetzliche Krankenversicherung. Frühere Untersuchungen wie etwa die von Georgina M. Chambers und Kolleg\*innen zeigen, dass solche öffentlichen Subventionen im Allgemeinen dazu führen, dass die Leistungen stärker in Anspruch genommen werden.

Die Reduktion der Preise für reproduktionsmedizinische Behandlung durch die gesetzliche Krankenversicherung kommt jedoch nicht allen

Bevölkerungsgruppen gleichermaßen zugute. Erstens schließt die allgemeine Krankenversicherung bestimmte Gruppen von der Erstattung aus, beispielsweise aufgrund ihres Alters oder ihres Familien- oder Partnerschaftsstatus. Durch solche Kriterien für die Erstattungsfähigkeit kommt es zu unterschiedlichen Preisen der Behandlung für verschiedene soziale Gruppen, es ist also unterschiedlich teuer, eine Familie zu gründen. Zweitens bezuschussen einige Länder die Leistungen nur, wenn die Hilfe bei der Fortpflanzung medizinisch notwendig ist. In solchen Fällen wird die Reproduktionsmedizin ausschließlich als Mittel zur Behandlung von medizinisch bedingter Unfruchtbarkeit subventioniert. Drittens kann der Umfang der Kostenübernahme, zum Beispiel die maximale Anzahl der Behandlungszyklen, den Preis für verschiedene Empfängergruppen verändern – was deren Entscheidung darüber beeinflusst, wie viel Zeit und Geld sie in die Bemühungen um eine Schwangerschaft investieren.

Die Daten unserer neu erhobenen International Reproduction Policy Database (IRPD: <https://irpd.wzb.eu/>) erlauben es zu analysieren, wie unterschiedliche Länder-Regelungen zu Unter-

schieden beim Preis der Fortpflanzung für verschiedene soziale Gruppen führen. Im Folgenden präsentieren wir erste Erkenntnisse.

Es ist allgemein bekannt, dass die Fruchtbarkeit mit dem Alter abnimmt; dies gilt nicht nur für auf natürlichem Weg entstehende, sondern auch für medizinisch unterstützte Schwangerschaften. Die Qualität und die Quantität der Eizellen nehmen bei Frauen ab 30 ab, und ab dem Alter von 40 Jahren noch deutlich stärker. Das führt zu geringeren Erfolgsquoten bei der Empfängnis und beim Entstehen einer Schwangerschaft, die in-vitro erzeugt wurde. Darüber hinaus kommt es wegen geringerer Qualität von Embryonen selbst bei erfolgreicher Einnistung in die Gebärmutter häufiger zu Fehlgeburten. Bei der medizinisch unterstützten Fortpflanzung sind daher mit zunehmendem Alter sowohl die Schwangerschafts- als auch die Geburtenrate niedriger.

In vielen Ländern gibt es eine Altersgrenze für die Erstattung der Kosten einer reproduktionsmedizinischen Behandlung. In der Tschechischen Republik und in Estland beispielsweise liegt die Altersgrenze für die Inanspruchnahme medizinischer Unterstützung bei 49 Jahren,

**„In vielen Ländern wird der Preis nur für diejenigen niedriger, die ‚jung genug‘ sind und somit bessere Aussichten auf eine Schwangerschaft haben“**

aber die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten nur für Frauen unter 40. Auch in Ungarn, den Niederlanden, Portugal und Spanien gibt es unterschiedliche Altersgrenzen für die Verfügbarkeit der Behandlung einerseits und ihre Übernahme durch die Krankenversicherung andererseits. In diesen Ländern wird der Preis nur für diejenigen niedriger, die „jung genug“ sind und somit bessere Aussichten auf Schwangerschaft und Gebären haben.

Ein weiteres häufiges Kriterium für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist der Familien- und Partnerschaftsstatus der zu be-



**Mio Tamakoshi** ist Doktorandin in der Forschungsgruppe *Varieties of Reproduction Regimes* am WZB. Sie forscht zum Schwangerschaftsabbruch und zu assistierter Reproduktion in Italien und Japan. [mio.tamakoshi@wzb.eu](mailto:mio.tamakoshi@wzb.eu)

Foto: © Anna Kluge, alle Rechte vorbehalten.

handelnden Person. Wenn gespendete Samenzellen verwendet werden, können Menschen theoretisch in vielen verschiedenen Konfigurationen gebären, unabhängig davon, ob sie verheiratet sind oder nicht, welches Geschlecht ihr Partner hat oder ob sie in einer festen Beziehung leben. So können beispielsweise alleinstehende Frauen mit ihrer eigenen Eizelle und einem gespendeten Spermium durch künstliche Befruchtung oder IVF ein Kind bekommen.

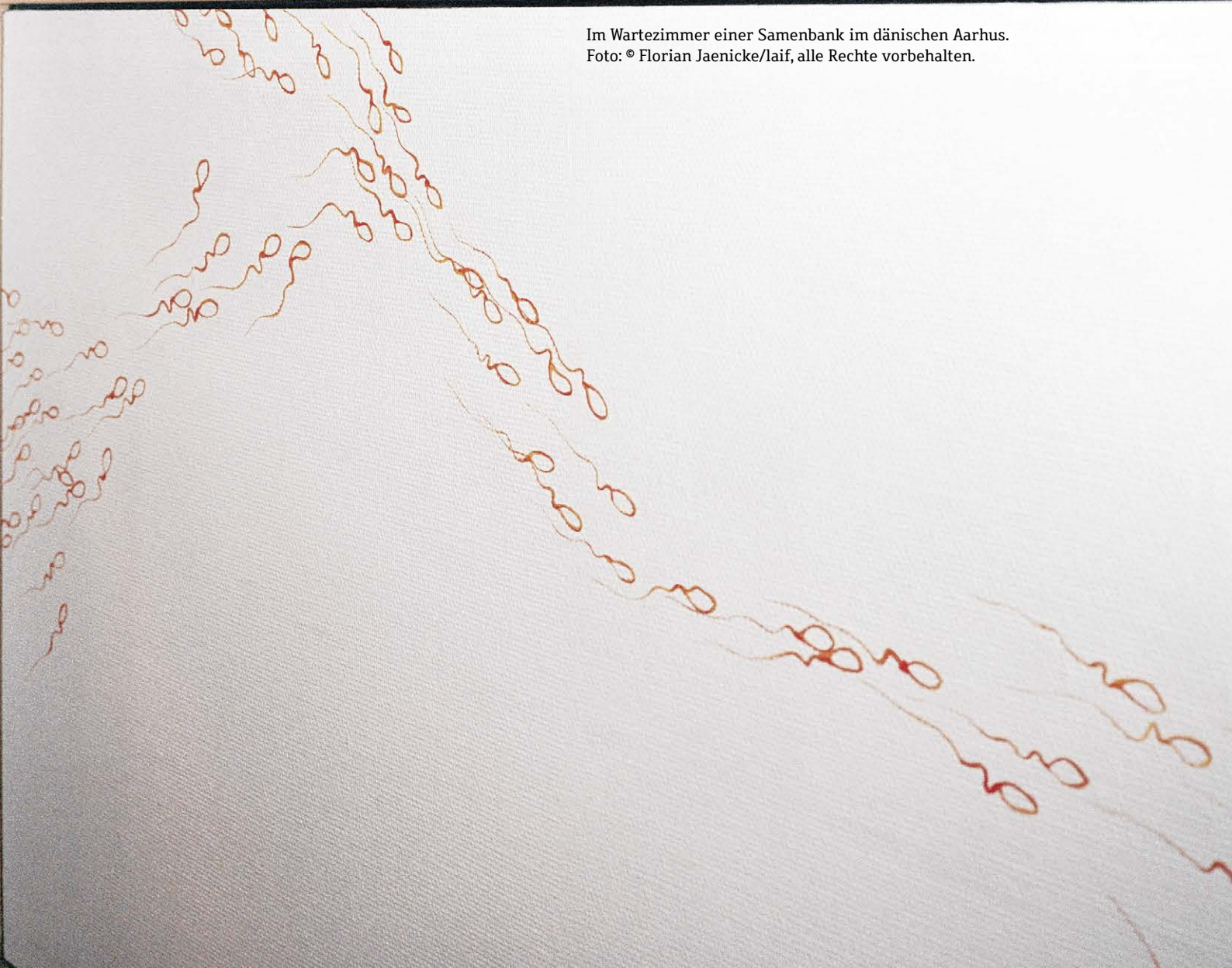
Einige Länder machen jedoch den Zuschuss der Krankenversicherung vom Familien- und Partnerschaftsstatus der Betroffenen abhängig. In Österreich zum Beispiel ist die künstliche Befruchtung mit gespendetem Spermium legal, sodass sich theoretisch sowohl alleinstehende als

**„In Beschränkungen der staatlichen Zuschüsse für Fortpflanzungsmedizin auf bestimmte Ehe- und Partnerschaftskonstellationen drücken sich Familiennormen aus“**

auch in Partnerschaft lebende Frauen auf diesem Wege fortpflanzen können. Allerdings beschränkt die österreichische Regelung die Möglichkeit der Kostenerstattung auf verheiratete Paare und Paare in einer festen Partner-



Im Wartezimmer einer Samenbank im dänischen Aarhus.  
Foto: © Florian Jaenicke/laif, alle Rechte vorbehalten.





**Hannah Zagel** ist Leiterin der Forschungsgruppe *Varieties of Reproduction Regimes*. Sie forscht ländervergleichend zu sozialen Ungleichheiten im Lebensverlauf, Wohlfahrtsstaaten und Reproduktion. [hannah.zagel@wzb.eu](mailto:hannah.zagel@wzb.eu)

Foto: © Anna Kluge, alle Rechte vorbehalten.

schaft (ob verschieden- oder gleichgeschlechtlich, spielt in diesem Fall keine Rolle). In solchen Beschränkungen der staatlichen Zuschüsse für Fortpflanzungsmedizin auf bestimmte Ehe- und Partnerschaftskonstellationen drücken sich Familiennormen aus: In Österreich wird die Familiengründung nur für Menschen in einer festen Beziehung gefördert.

Eine andere Beschränkung der Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung ist ein medizinisches Kriterium. Unfruchtbarkeit ist weithin als behandelbares medizinisches Problem anerkannt. Die Reproduktionsmedizin geht aber nicht direkt die Ursachen der Unfruchtbarkeit an. Vielmehr umgeht sie bestimmte medizinische Faktoren, um das gewünschte Ergebnis, nämlich die Zeugung eines biologisch eigenen Kindes, zu erreichen. Fast alle Maßnahmen der Reproduktionsmedizin zielen darauf ab, ein biologisch eigenes Kind zu bekommen, aber die Betroffenen bleiben auch nach einer erfolgreichen Empfängnis unfruchtbar. Mit anderen Worten: Mit den medizinischen Interventionen wird in erster Linie die Kinderlosigkeit behandelt, nicht die Unfruchtbarkeit selbst.

Das bedeutet umgekehrt, dass Menschen eine Behandlung auch dann in Anspruch nehmen können, wenn sie gar nicht unfruchtbar sind. So können beispielsweise gleichgeschlechtliche Paare oder alleinstehende Frauen, bei denen nicht die medizinische Indikation der Unfruchtbarkeit vorliegt, ein eigenes Kind mit ge-

spendeten Keimzellen bekommen. Auch Personen, die derzeit keine Probleme mit Unfruchtbarkeit haben, möchten vielleicht ihre Eizellen oder Embryonen einfrieren lassen und später in ihrem Leben versuchen, schwanger zu werden.

In vielen Ländern werden jedoch die Kosten für Reproduktionsmedizin nur dann übernommen, wenn dies medizinisch notwendig ist. In Finnland beispielsweise haben sowohl verschieden- und gleichgeschlechtliche Paare als auch alleinstehende Frauen Anspruch auf eine Behandlung, doch die Kosten werden nur für die erstattet, denen medizinische Unfruchtbarkeit attestiert wurde. Die Bindung der Kostenübernahme durch die öffentliche Krankenversicherung an dieses medizinische Kriterium bedeutet, dass Menschen, die nicht in diese Kategorie fallen, die teuren Behandlungen selbst bezahlen müssen. Ähnlich wie das Kriterium des Familienstandes transportiert auch die medizinische Notwendigkeit Normen über Fortpflanzung und Familiengründung.

Abgesehen von der grundsätzlichen Entscheidung über die Erstattung der Kosten beeinflusst auch der Umfang der Kostenübernahme den Preis der reproduktionsmedizinischen Behandlung für verschiedene Empfängergruppen – und damit deren Entscheidung darüber, wie viel Geld und Zeit sie in die Bemühungen um eine Schwangerschaft investieren. In diesem

**„Die Rate der Entbindungen nach dem ersten IVF-Zyklus liegt selbst bei Frauen unter 35 Jahren bei nur 37,4 Prozent“**

Zusammenhang ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Rate der Entbindungen nach dem ersten IVF-Zyklus bei Frauen unter 35 Jahren bei nur 37,4 Prozent liegt; bei Frauen über 40 Jahren sind es 3,1 Prozent (diese Daten hat ein Autor\*innenteam um Dalia Khalife 2020 für den Libanon erhoben). Viele Menschen unterziehen sich mehreren Behandlungszyklen, um Schwangerschaft und Geburt zu erreichen.

In vielen Ländern, in denen die staatliche Krankenversicherung die Reproduktionskosten übernimmt, gibt es eine Obergrenze für die

Anzahl der IVF-Behandlungszyklen. Die Länder legen unterschiedliche Höchstzahlen fest; so wurden im Jahr 2020 beispielsweise in Lettland zwei Zyklen übernommen, in Belgien sechs. Ähnlich wie bei den oben erwähnten Alterskriterien können die Menschen auch über diese Grenzen hinaus viele Behandlungszyklen versuchen, allerdings dann auf eigene Kosten. Das bedeutet, dass sich der Preis vervielfacht, wenn das gewünschte Ergebnis nicht innerhalb der abgedeckten Zykluszahl erreicht wird. Da die Erfolgsquote pro Zyklus mit dem Alter abnimmt, bedeutet dies auch, dass die Behandlung teurer wird, je älter Menschen mit Kinderwunsch werden.

Reproduktionsmedizinische Behandlungen sind also nicht gleich teuer für alle, die mithil-

fe dieser Methoden eine Familie gründen wollen. Die Länder legen unterschiedliche Kriterien für die Erstattungsfähigkeit und den Umfang der Kostenübernahme fest. Durch diese Art der Regulierung der Preise steuern und differenzieren die Staaten indirekt den Zugang zur Reproduktionsmedizin für verschiedene soziale Gruppen. Und selbst mit der Erstattung ist der Preis hoch. Sogar wenn die Kosten vollständig gedeckt sind, erfordert die Behandlung oft häufige, regelmäßige und manchmal spontane Besuche in Fruchtbarkeitskliniken. Das führt dazu, dass selbst in den Gruppen, die Anspruch auf eine Kostenübernahme durch die öffentliche Krankenversicherung haben, der Großteil derer, die tatsächlich eine Behandlung anfragen, sozial und wirtschaftlich bessergestellt ist. ●

## Literatur

Brigham, Karen Berg/Cadier, Benjamin/Chevreur, Karine: „The Diversity of Regulation and Public Financing of IVF in Europe and Its Impact on Utilization“. In: *Human Reproduction*, 2013, Jg. 28, H. 3, S. 666-675. DOI: 10.1093/humrep/des418.

Chambers, Georgina M./Hoang, Van Phuong/Sullivan, Elizabeth/Chapman, Michael/u. a.: „The Impact of Consumer Affordability on Access to Assisted Reproductive Technologies and Embryo Transfer Practices: An International Analysis“. In: *Fertility and Sterility*, 2014, Jg. 101, H. 1, S. 191-198. DOI: 10.1016/j.fertnstert.

Goisis, Alice/Håberg, Siri Eldevik/Hanevik, Hans Ivar/Magnus, Maria Christine/Kravdal, Øystein: „The Demographics of Assisted Reproductive Technology Births in a Nordic country“. In: *Human Reproduction*, 2020, Jg. 35, H. 6, S. 1441-1450. DOI: 10.1093/humrep/deaa055.

Khalife, Dalia/Nassar, Anwar/Khalil, Ali/Awwad, Johnny/u. a.: „Cumulative Live-Birth Rates by Maternal Age after One or Multiple In Vitro Fertilization Cycles: An Institutional Experience“. In: *International Journal of Fertility & Sterility*, 2020, Jg. 14, H. 1, S. 34-40. DOI: 10.22074/ijfs.2020.5855.

Präg, Patrick/Mills, Melinda C.: „Assisted Reproductive Technology in Europe: Usage and Regulation in the Context of Cross-Border Reproductive Care“. In: Michaela Kreyenfeld/Dirk Konietzka (Hg.): *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences*. Springer International Publishing 2017, S. 289-309. DOI: 10.1007/978-3-319-44667-7\_14.