

Krebs in jungen Jahren

Fruchtbarkeitserhalt nicht GKV-finanziert

Eine Krebserkrankung junger Menschen verändert ihren Lebensweg zumeist mehr als in der hektischen Phase während der initialen Tumordiagnose und -therapieplanung angenommen wird. Eine der oft übersehenen Therapiefolgen ist die therapiebedingte ungewollte Kinderlosigkeit der jungen Menschen. Diese wird spätestens schmerzhaft deutlich, wenn die Betroffenen mit ihrer Familienplanung beginnen möchten, wie bei einer Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) deutlich wurde. Dabei gibt es, da waren sich alle anwesenden Experten aus Onkologie und Endokrinologie/Sterilitätsmedizin einig, gut etablierte und standardisierte Methoden zur Erhaltung der Fruchtbarkeit durch Konservierung und Einlagerung von Keimzellen oder Keimgewebe, in manchen Fällen auch durch spezielle Operationsverfahren. Diese Vorsorge würde es vielen medizinisch geheilten KrebspatientInnen ermöglichen, im Verlauf ihres späteren Lebens Kinder zu bekommen.

Besonders ungerecht erscheint dabei die – aus ärztlicher Sicht unverständliche – fehlende Bereitschaft der Kostenträger, einen späteren Kinderwunsch durch Kostenübernahme zu ermöglichen. Auf der Pressekonferenz legte die DGHO eine aktuelle Übersicht über Verfahren, Finanzierung und Patienten-Erfahrungen zum Fertilitätserhalt von Krebspatienten vor, die kostenlos verfügbar ist (1).

Prof. Dr. **Mathias Freund**, Hamburg, Kuratoriumsvorsitzender der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs, führte in die juristischen Untiefen der Finanzierung des Fruchtbarkeitserhalts ein, wie sie im Sozialgesetzbuch V § 27 festgelegt sind. Dort heißt es, erläuterte Freund, dass die Behandlung von Unfruchtbarkeit im Sinne einer Erkrankung nur dann finanziert wird, wenn damit die natürliche Fruchtbarkeit wiederhergestellt werden kann. Die Gewinnung und das Einfrieren von Keimzellen als vorsorgende Maßnahmen seien hingegen nicht finanzierungsfähig, wie in mehreren Urteilen verschiedener Gerichte entschieden worden sei. Auch die Lagerungskosten für

die eingefrorenen Keimzellen seien, wie weitere Rechtsprechung festgelegt habe, von der Finanzierung ausgeschlossen. In § 27a wird zwar eine 50%ige – allerdings konditionale – Kostenübernahme bei künstlicher Befruchtung ausgeführt. So muss das Paar beispielsweise verheiratet sein, über 25 Jahre alt sein, ein spezielles Antragsverfahren einhalten etc.

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (B 8 KN 3/99 KR R vom 25. Mai 2000) betont, wie andere Urteile auch, dass hierunter nur Maßnahmen fallen, die „unmittelbar der Befruchtung dienen“. Einfrieren und Lagerung von Keimzellen sind deshalb von der GKV-Finanzierung ausgeschlossen. Entsprechend sind den GKV-Kostenträgern die Hände gebunden, selbst wenn nachvollziehbar ist, dass die Kosten des Fruchtbarkeitserhalts nur einen winzigen Teil der gesamten Krebstherapie ausmachen (► Tab. 1). Eine nur geringe Änderung des 5. Satzes § 27 SGB V, wie von Freund vorgeschlagen, würde die Problematik umgehend aus der Welt schaffen (*Änderungen kursiv*):

Tab. 1 Ungefähre Kosten für Fruchtbarkeitserhaltung (Angaben adaptiert durch M. Freund nach Fertiprotekt – <http://fertiprotekt.com>)

	Gewinnung/Kryokonservierung/ Lagerung für ein Jahr	Lagerung pro weiteres Jahr
Sperma/Hodengewebe	500 €	300 €
Eizellen	2900 € bis 4300 €	keine Angabe
Eierstockgewebe	1400 € bis 2300 €	keine Angabe

„Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung oder *Bewahrung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit einschließlich der Entnahme, Aufbereitung, Kryokonservierung, Lagerung und späteren Wiederverwendung von weiblichen und männlichen Keimzellen und Keimgewebe für eine natürliche oder künstliche Befruchtung*, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder anderen erforderlichen Therapie verloren gegangen war oder gefährdet ist.“

Hohes therapiebedingtes Infertilitätsrisiko

Prof. Dr. **Carsten Bokemeyer**, Hamburg, Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO, betonte die spezielle Situation der Heranwachsenden und jungen Erwachsenen mit Krebs (AYA, adolescent and young adults). Erfreulicherweise sei die Prognose der Krebserkrankungen in diesem Alter sehr gut, zudem werden viele von ihnen tatsächlich geheilt. Heute gelten bereits mehr als 100 000 Menschen nach einer spezifischen Krebserkrankung im Kindes- und jungen Erwachsenenalter als langfristig geheilt.

Daher liegt in dieser Gruppe, so Bokemeyer, das Augenmerk ganz besonders auf Fragen der Zweittumorentstehung, kardiovaskulären Langzeitnebenwirkungen, hormonellen Folgen, tumorassoziertem Fatigue, psychosozialen Folgen wie Arbeitslosigkeit und Armut und insbesondere eben auch auf dem Thema Infertilität. Große Vergleichsstudien mit gleichaltrigen Kontrollen (Geschwister) zeigen, dass Chemo- und/oder Strahlentherapie ein Infertilitätsrisiko zwischen 20 und 75 % mit sich bringt. Die derzeitige Misslage der Kostenübernahme fertilitätsprotektiver Maßnahmen sollte beendet werden. „Keine jungen Krebspatienten sollten sich nach der Diagnose die Frage stellen müssen, wie solche Kosten zu schultern seien“, betonte Bokemeyer.

Ärztliche Hemmungen beim Aufklärungsgespräch

Die Hämatatoonkologin Prof. Dr. **Anja Borgmann-Staudt**, Berlin, kritisierte die uneinheitliche Situation in Europa. So werde in Frank-

reich die Kryokonservierung der Spermien, Eizellen und des Keimzellgewebes, deren Lagerung und die spätere künstliche Befruchtung für alle Patinnen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt.

Probleme gibt es auch bei der Aufklärung der Patienten durch Ärzte: Während fast alle Ärzte in einer Umfrage angaben, eine Aufklärung über mögliche Risiken der Krebstherapie als äußerst wichtig zu erachten, gab nur etwa die Hälfte von ihnen relevante Informationen über Risiken für eine Störung der Fruchtbarkeit an die Betroffenen weiter, beklagte Borgmann-Staudt. Zudem berichteten die befragten Ärzte von Hemmungen, ärmere Patienten über die relativ kostspieligen fruchtbarkeitserhaltenden Maßnahmen aufzuklären, die diese sich nicht leisten können oder ihnen außerordentlichen Verzicht abverlangen. Durch die dadurch entstehende Nicht-Aufklärung entsteht eine folgenschwere Ungleichbehandlung, so die Berliner Onkologin.

„Diese soziale Ungerechtigkeit ist absolut inakzeptabel“

Dr. **Gabriele Schlimper**, Geschäftsführerin des Landesverband Berlin im Deutschen Paritätischer Wohlfahrtsverband, betonte die Ungerechtigkeit der derzeitigen Finanzierungssituation: „Es ist absolut inakzeptabel, eine soziale Ungerechtigkeit und ein familienpolitisches Unding, dass die Nutzung von fertilitätserhaltenden Verfahren davon abhängt, ob man das selber bezahlen kann oder nicht – vor allem in der besonderen Situation junger Krebspatienten (rund 16 000 Euro/Jahr).“ Auch Schlimper forderte vehement eine baldige Ergänzung und soziale Anpassung des § 27 SGB V, damit endlich eine GKV-Kostenübernahme möglich wird.

Rainer Bubenzer, Berlin

„Im Erstgespräch bei einer Krebserkrankung kann das Thema Elternschaft den Wunsch nach Heilung weiter stärken. Die Patienten und ihre Eltern fühlen sich als ganze Menschen ernst genommen und können daraus Hoffnung für die Zukunft schöpfen.“ (Prof. Anja Borgmann-Staudt, zitiert nach Janßen, Klin Paediatr, 2000)

Literatur

1. Bokemeyer C et al. Vom Krebs geheilt, aber nicht gesund – Keine Hoffnung auf eigene Kinder. 11. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der DGHO. Berlin 2017, ISBN 978–3–9818079–3–6.

Quelle: Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) „Junge Krebspatienten die Chance auf ein eigenes Kind erhalten! Warum zahlen die Krankenkassen nicht für vorbeugende Maßnahmen?“ am 30. November 2017, Berlin.