

STELLUNGNAHME ZU DEN AUSWIRKUNGEN DES GESETZES ZUR MODERNISIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS (GESUNDHEITSSYSTEMMODERNISIERUNGSGESETZ – GMG) AUF DIE ANZAHL DER GEBURTEN UND DIE REPRODUKTIONS- MEDIZIN IN DEUTSCHLAND

Vorbemerkung

Angeregt durch das Staatsministerium für Soziales des Freistaats Sachsen hat die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) eine bundesweite Umfrage zu den demographischen Auswirkungen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes, speziell des veränderten § 27a SGB V, gestartet. Der BRZ ist von einigen Ministerien direkt angeschrieben und um Stellungnahme gebeten worden. Diese Anfragen haben den BRZ bewogen, bundesweit einheitliche Antworten zu erarbeiten.

Wir danken ausdrücklich **Dr. Klaus Bühler** in seiner Funktion als Vorstandsvorsitzender des D.I.R. und **Dr. Ulrich Hilland**, 1. Vorsitzender des BRZ, für die Ausarbeitung der nachfolgenden umfassenden Erläuterungen.

Die nächste ASMK findet am 15./16. November 2007 unter Leitung der Berliner Senatorin für Integration, Arbeit und Soziales, **Dr. Heidi Knake-Werner**, in Berlin statt und wird durch eine Amtschefkonferenz vorbereitet.

Wie nachfolgend belegt wird, ist mit Inkrafttreten des GMG zum 1. Januar 2004 durch die Änderung des § 27a SGB V eine erhebliche Reduktion bei der Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft und ein entsprechender Rückgang der aus diesen Maßnahmen resultierenden Geburten zu verzeichnen. Es wird weiter gezeigt, daß die Versicherten der GKV mit der Änderung weit mehr als einen hälftigen Kostenanteil an diesen Therapieformen tragen, und es wird nachgewiesen, daß die gesetzliche Fiktion – eine hinreichende Aussicht bestehe nicht mehr, wenn die Behandlungsmaßnahme drei Mal ohne Erfolg durchgeführt worden sei – einer kritischen Überprüfung nicht standhält. Schließlich kann ein Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Inanspruchnahme dieser Leistungen und der Prosperität eines Bundeslandes demonstriert werden. Zur Verdeutlichung ist in Tabelle 1 zunächst der Regulationssachverhalt synoptisch dargestellt.

Aus Abbildung 1 ist ersichtlich, daß sich die jährliche Zahl an Follikelpunktionen seit dem Jahr 2003 mehr als halbiert hat. Geht man angesichts der seinerzeit bevorstehenden Gesetzesänderung zunächst davon aus, daß der Anstieg an Follikelpunktionen des Jahres 2003

lediglich einen „Vorzieheffekt“ widerspiegelt, so ist dieses Argument widerlegt, da auch für das Jahr 2005 im Vergleich zum Jahr 2002 eine Reduktion der Follikelpunktionen um mehr als 40 % zu konstatieren ist.

Aus den im Jahre 2003 durchgeführten extrakorporalen Fertilisationen (IVF und ICSI) resultierten 16.961 Geburten, die sich naturgemäß überwiegend (75 %) erst im Folgejahr 2004 in der Geburtenstatistik des Statistischen Bundesamtes niederschlagen. Während in den dargestellten Zeiträumen der Jahre

1999–2003 eine kontinuierliche Abnahme der Lebendgeburten zu verzeichnen ist, bleibt diese Minderung im Jahr 2004 nahezu aus, um sich im darauffolgenden Jahr 2005 unvermindert fortzusetzen (siehe Abbildung 2).

Eine weitere Folge der gesetzlichen Änderungen durch das GMG besteht in einem dramatischen Rückgang an Inseminationen, der seit dem 1. Quartal 2004 zu registrieren ist. Wie Abbildung 3 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entnommen werden kann, gilt dies in besonderem Maße für Inseminationen

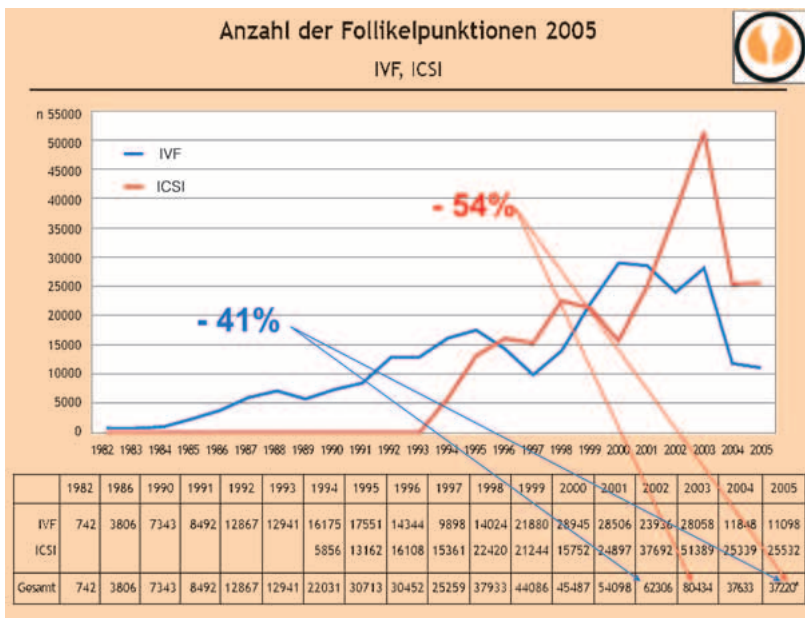
Tabelle 1: Gegenüberstellung der Veränderungen in § 27a SGBV [Quelle: BRZ]

	bis 31. 12. 2003	seit 1. 1. 2004
Insemination im Spontanzklus	bis zu achtmal ¹	unverändert
Insemination nach hormoneller Stimulation	bis zu sechsmal ¹	bis zu dreimal
IVF oder ICSI	bis zu viermal ¹	bis zu dreimal
Obere Altersgrenze Ehefrau	vollendetes 40. LJ ¹	unverändert
Untere Altersgrenze Ehefrau ²	keine	vollendetes 25. LJ
Obere Altersgrenze Ehemann	keine	vollendetes 50. LJ
Untere Altersgrenze Ehemann ²	keine	vollendetes 25. LJ
Kostenübernahme Arzthonorar	GKV	hälftig durch Patienten
Kostenübernahme Medikamente	GKV	hälftig durch Patienten

¹ In begründeten Fällen hatten die Gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, Ausnahmen zu genehmigen.

² Diese Patientengruppe, bei der mindestens ein Partner das 25. Lebensjahr (LJ) noch nicht vollendet hatte, machte vor dem 01.01.2004 einen Gesamtanteil von 5 % aller Therapiezyklen mit extrakorporaler Befruchtung aus [1].

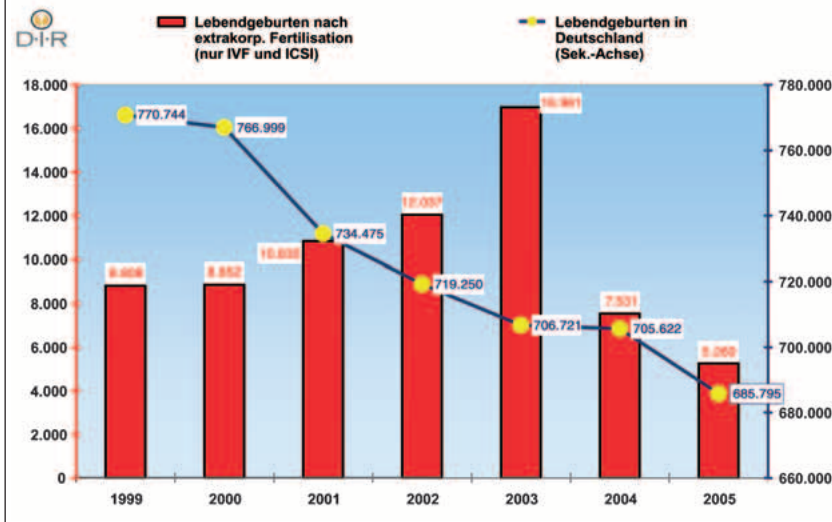
Abbildung 1: Anzahl der Follikelpunktionen 1982–2005.



tenrückgangs im Jahr 2005 durch die Auswirkungen des GMG in erheblichem Maße mit verursacht ist: Etwa 9000 Kinder weniger wurden wegen des Rückgangs an extrakorporalen Befruchtungen geboren; die dramatische Abnahme der Inseminationen resultiert in einem zusätzlichen Rückgang von nahezu 4000 Geburten (bei einer durchschnittlichen Geburtenrate von 10 % pro Inseminationszyklus).

Die Zykluskosten für jede spezifische medizinische Maßnahme zur Herbeiführung einer Schwangerschaft gemäß § 27a SGB V sind von zahlreichen Faktoren abhängig (siehe Tabelle 2): Neben der Maßnahmenart werden die Zykluskosten beeinflusst durch Menge und Art der eingesetzten Medikamente, den (kassen- oder kassenartabhängigen) Punktwert der abgerechneten Leistung im Bereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) oder im Falle der Insemination (IUI) durch den Umfang der erforderlichen Zyklusüberwachung.

Abbildung 2: Lebendgeburten nach extrakorporaler Fertilisation und Gesamtgeburten in Deutschland 1999–2005.



nach hormoneller Stimulation. Insgesamt wurden vor dem Inkrafttreten des GMG jährlich Inseminationen in mehr als 47.000 Zyklen im Bereich der GKV abgerechnet. Seit dem 1. Quartal 2004 resultiert hier

eine Reduktion um mehr als 75 % auf weniger als 10.000 jährlich abgerechnete Samenübertragungen.

Es bleibt deshalb festzuhalten, daß die erneute Verstärkung des Gebur-

Zu den in Tabelle 2 dargestellten Kosten für abgeschlossene Behandlungszyklen treten ggf. Kosten hinzu, die wegen der Durchführung human-genetischer Untersuchungen im Vorfeld einer ICSI-Behandlung oder durch einen Therapieabbruch entstehen und ebenfalls hälftig von den Patienten getragen werden müssen.

Für den Teilbereich der Inseminationen liegen weder dem BRZ noch dem DIR entsprechende Daten vor.

Für den Teilbereich der extrakorporalen Befruchtung sind unter Kosten Gesichtspunkten hinsichtlich des Therapieabbruchs drei Szenarien zu unterscheiden (siehe Tabelle 3):

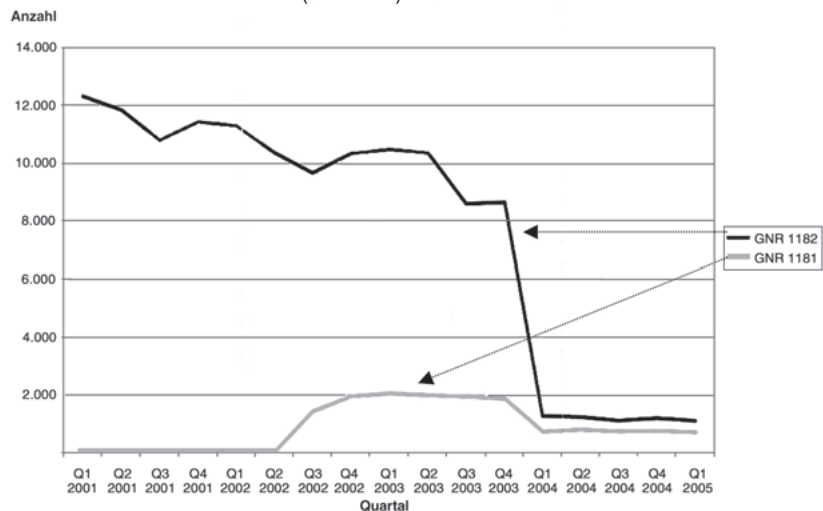
1. Therapieabbruch vor der Follikelpunktion (FoPu)
2. Therapieabbruch nach der Follikelpunktion ohne Eizellgewinnung oder Eizellbehandlung
3. Therapieabbruch wegen ausgebliebener Fertilisation.

Für Maßnahmen der extrakorporalen Befruchtung läßt sich die Anzahl an abgebrochenen Therapiezyklen aus dem Datenmaterial des Deutschen IVF-Registers (DIR) ableiten. Die Zahl der GKV-Versicherten, die hälftige Kosten für einen Therapieabbruch zu tragen hatten, ist jedoch nicht unmittelbar festzustellen. Die aus dem Bereich der KV Niedersachsen an das DIR gemeldeten Behandlungsdaten zeigen, daß im Jahre 2004 etwa 50 % und im Jahre 2005 etwa 44 % aller durchgeführten Therapiezyklen mit extrakorporaler Befruchtung durch die GKV mitgetragen wurden. Unter Zugrundelegung dieser Daten ergibt sich die in Tabelle 4 gezeigte Situation.

Mit der seit dem 1. Januar 2004 geltenden gesetzlichen Regelung und der dazu ergangenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden Ehepaare, bei denen mindestens ein Partner das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und Ehepaare, bei denen der Ehemann das vollendete 50. Lebensjahr überschreitet, von solidarischen Leistungen zur Erfüllung ihres Kinderwunsches abgeschnitten. Die untere Altersgrenze erscheint insbesondere deshalb fragwürdig, weil bei klar definierbaren Indikationen zur Durchführung einer IVF- oder ICSI-Therapie (z. B. irreparabler Eileiterschaden, hochgradige männliche Fruchtbarkeitsstörungen, wie bspw. bei Zustand nach überwundener Hodenkrebserkrankung) nicht mit einer zeitlich bedingten Besserung der Fertilitätsstörung zu rechnen ist. Diese Patientengruppe ist in Zahlen schwer zu erfassen, machte jedoch vor dem 1. Januar 2004 einen Gesamtanteil von 5 % aller Therapiezyklen mit extrakorporaler Befruchtung aus.

Ebenso wenig begründbar und einseitig erscheint uns die willkürlich gewählte obere Altersgrenze für Männer. Unseres Erachtens ist es unververtretbar, einerseits einem 50jährigen Mann und seiner 39jährigen

Abbildung 3: Entwicklung der Häufigkeit der Abrechnung der Leistungen nach den GNR 1181 und 1182 (EBM 96)



Bis 2. Quartal 2002 nur einheitliche Abrechnungsziffer (GNR 1182); ab Q3 2002 Differenzierung in GNR 1182 (Insemination im stimulierten Zyklus = 10.2 der Richtlinien des GBA) und in GNR 1181 (Insemination im unstimulierten Zyklus = 10.1 der Richtlinien)

Tabelle 2: Kosten pro abgeschlossenem Behandlungszyklus [Quelle: BRZ].

	IUI ohne Stimulation	IUI mit Stimulation	IVF	ICSI
Arzthonorar ¹ (€)	130–160	165–215	814–1268	1088–1694
Medikamente ² (€)	50	750	1600	1600
Sachkosten ² (€)	50	50	83	83
Narkose ² (€)			200	200
Summe (€)	230–260	965	2697–3151	2971–3577
Eigenanteil (€)	115–130	482–532	1349–1576	1486–1789

¹ Durchschnittswerte bei einem KV-abhängigen Punktwert zwischen € 0,0328,- und € 0,0511,-.

² Durchschnittswerte

Tabelle 3: Kosten bis zum Therapieabbruch pro Behandlungszyklus [Quelle: BRZ].

	IVF oder ICSI vor FoPu ¹	IVF oder ICSI nach FoPu ohne Eizellgewinnung oder -behandlung ¹	IVF – ausgebliebene Fertilisation	ICSI – ausgebliebene Fertilisation
Arzthonorar ² (€)	151–236	131–205	716–1116	989–1541
Medikamente ³ (€)	1200	1600	1600	1600
Sachkosten ³ (€)		60	83	83
Narkose ³ (€)			200	200
Summe (€)	1351–1436	1791–1865	2697–3151	2872–3424
Eigenanteil (€)	676–718	896–933	1349–1576	1436–1712

¹ Bleiben bei der Zahl maximal zu Lasten der GKV durchführbarer Therapiezyklen gemäß Richtlinien des G-BA unberücksichtigt.

² Durchschnittswerte bei einem KV-abhängigen Punktwert zwischen € 0,0328 und € 0,0511.

³ Durchschnittswerte

Tabelle 4: Gesamtkosten bis zum Therapieabbruch (ohne Fertilisationsversagen) [Quelle: BRZ]

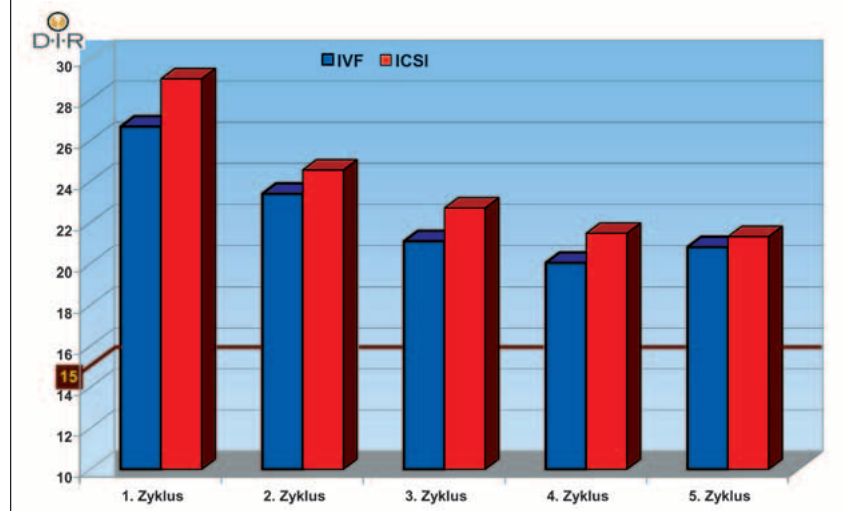
	IVF oder ICSI vor Follikelpunktion	IVF oder ICSI nach Follikelpunktion ohne Eizellgewinnung oder -behandlung
Abbrüche 2004 (gesamt)	2509	951
Abbrüche 2004 (50 % GKV-Versicherte)	1255	476
GKV-Versicherte Eigenanteil (€)	848.380–901.090	426.496–444.108
Abbrüche 2005 (gesamt)	2484	848
Abbrüche 2005 (44 % GKV-Versicherte)	1093	373
GKV-Versicherte Eigenanteil (€)	738.868–784.774	334.208–348.009

Frau die Solidarität der GKV zu verweigern, sie aber andererseits einem 26jährigen Mann und seiner 39jährigen Frau zu gewähren.

Vor dem 1. Januar 2004 bestand *de lege lata* grundsätzlich (Ausnahmen bedurften der Genehmigung durch die Krankenkasse) dann keine hinreichende Aussicht mehr, daß eine Schwangerschaft durch eine Maßnahme der extrakorporalen Fertilisation entsteht, wenn die Maßnahme vier Mal ohne Erfolg durchgeführt worden war. Mit Inkrafttreten des GMG wurde die hinreichende Aussicht ausnahmslos dann verneint, sofern die Maßnahme drei Mal ohne Erfolg geblieben war. Diese Beschränkung erscheint ausschließlich fiskalisch begründet und hält einer Überprüfung nicht stand, wie Abbildung 4 zu entnehmen ist.

Sowohl im vierten als auch im fünften Behandlungszyklus werden in Deutschland seit Jahren Schwangerschaftsraten pro Embryotransfer von über 20 % erzielt. Im Bereich der PKV hat der Bundesgerichtshof eine Schwangerschaftsrate von 15 % als untere Grenze der Vertretbarkeit bei der Kostenübernahme von Maßnahmen der extrakorporalen Befruchtung zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft festgelegt [2]. Es ist angesichts der dargestellten Daten nicht nachzuvollziehen, daß Mit-

Abbildung 4: Schwangerschaftsraten/Embryotransfer [%] nach Therapiezyklen (2000–2005)



glieder der GKV gegenüber Versicherten der PKV schlechter gestellt werden.

Die Auswirkungen der gesetzlichen Änderungen im Hinblick auf die Verteilung der Kosten für extrakorporale Befruchtungen seien exemplarisch anhand der Daten aus dem Land Niedersachsen dargelegt (siehe Tabelle 5). Gleicht man die mit der KV Niedersachsen abgerechneten Behandlungsfälle mit der Zahl der an das DIR gemeldeten Therapiedaten ab, so zeigt sich eine erhebliche Steigerung des

Tabelle 5: Verteilung der Therapiezyklen an extrakorporaler Befruchtung in Niedersachsen (%) [Quelle: BZR].

	2003	2004	2005
GKV	70,7	49,8	43,1
Selbstzahler	29,3	50,2	56,9

Anteils an offensichtlich selbst zahlenden Patienten.

Es erscheint evident, daß der Anstieg selbst zahlender Patienten um fast 95 % eben gerade nicht in einer Zunahme des Anteils von Versicher-

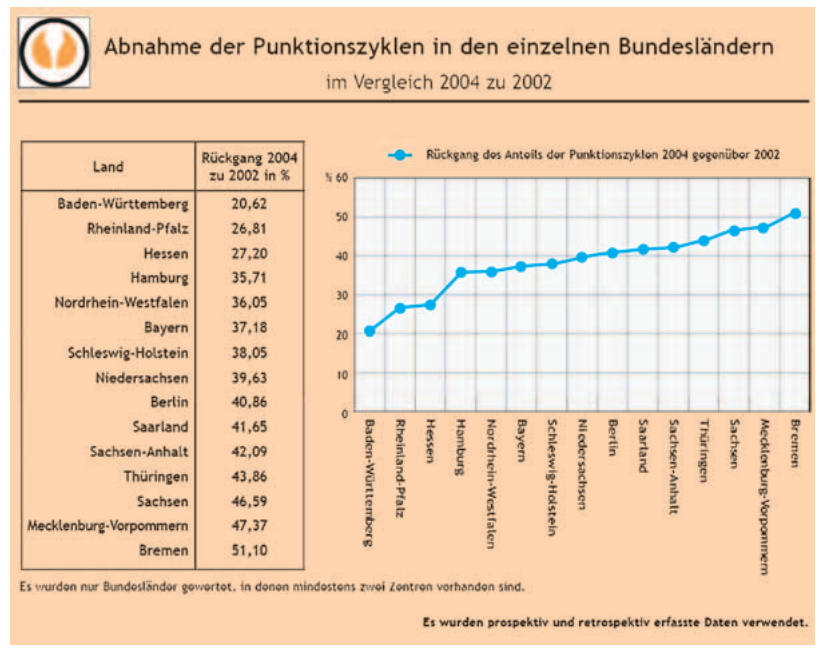
ten der PKV begründet ist. Hier zeigt sich eindeutig die Mehrbelastung der gesetzlich versicherten Patienten, die durch das GMG der solidarischen Krankenversorgung beraubt wurden und gezwungen sind, solche Therapiezyklen nun selbst zu tragen. Eine ähnliche Situation dürfte sich für Gesamtdeutschland belegen lassen, was jedoch eine zeit- und kostenaufwendige Analyse erfordert.

Bedauerlich für die gesamtdeutsche Situation ist der offensichtliche Zusammenhang zwischen dem Rückgang in der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen und der Prosperität eines Bundeslandes. Dies wird insbesondere im Hinblick auf die Beitrittsländer sichtbar (Abb. 5).

In der Zusammenschau ergibt sich folgendes Bild:

1. Durch die Regelungen des GMG ist ein zusätzlicher Geburtenrückgang zu verzeichnen, der bei mindestens 13.000 Geburten jährlich anzusiedeln ist.
2. Versicherten der GKV wurden durch die gesetzlichen Änderungen zum 1. Januar 2004 wenigstens zwei Drittel der erforderlichen Gesamtkosten zur Erfüllung des Kinderwunsches aufgebürdet.
3. Es besteht eine hinreichende Aussicht, daß eine extra-korporale Befruchtung auch im vierten und fünften Behandlungszyklus zu einer Schwangerschaft führt.
4. Die mit dem GMG neu eingeführten Altersgrenzen für die Inanspruchnahme fortpflanzungsmedizinischer Maßnahmen sind unangemessen.
5. Das von der Prosperität eines Bundeslandes abhängige Gefälle im Rückgang der Inanspruchnahme fortpflanzungsmedizinischer Maßnahmen ist als beschämend zu bezeichnen.

Abbildung 1: Reduktion der Follikelpunktionen nach Bundesländern: 2004 vs. 2002.



Der Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ) schlägt deshalb vor:

1. Abschaffung des hälftigen Eigenanteils. Hilfsweise: Einführung eines Eigenanteils in Form eines jährlichen Festbetrags, der unabhängig ist von der Art der durchzuführenden reproduktionsmedizinischen Maßnahme. Diese Form der Eigenbeteiligung entspricht eher dem Solidarprinzip, weil auf diese Weise der Zusammenhang zwischen dem unbeeinflussbaren Ausmaß der Fruchtbarkeitsstörung und der individuellen finanziellen Belastung aufgehoben wird.
2. Abschaffung der unteren Altersgrenze und der oberen Altersgrenze für Männer.

Literatur:

1. Felberbaum RE, Bühler K, van der Ven H. Das Deutsche IVF-Register 1996–2006. Springer, Heidelberg, 2007.
2. BGH IV ZR 113/04; Urteil vom 21. September 2005.

Dr. med. Klaus Bühler
Erweiterter Vorstand des BRZ
Vorstand Deutsches-IVF-Register (DIR)

Dr. med. Ulrich Hilland
Schriftführer des BRZ

Dr. med. Georg Wilke
Vorsitzender des BRZ