

Künstliche Befruchtung ist wieder Kassenleistung

Zum 1. Oktober 1990 sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in Kraft getreten.

Kurz zur Erinnerung: Seit dem Inkrafttreten des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. Oktober 1987 waren Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung als eigenständige Gebührenordnungspositionen (Insemination, IVF/ET) abrechnungsfähig. Das zum 1. Januar 1989 in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz hat solche Maßnahmen dann ausdrücklich aus der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen.

Zum 1. Juli 1990, also eineinhalb Jahre nach Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes, hat der Gesetzgeber mit der Einführung eines § 27 a in das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nunmehr abschließend als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen definiert. Gleichzeitig wurde bestimmt, daß alle seit dem 1. 1. 1989 durchgeführten Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung von den Krankenkassen bis zur Höhe der vor dem 1. 1. 1989 geltenden EBM-Sätze nachträglich zu erstatten sind.

Im § 27 a SGB V wird dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen aufgetragen, die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang von ambulant durchgeführten Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung zu regeln. (Für stationär durchgeführte Leistungen der künstlichen Befruchtung gelten die zwischen Krankenhäusern und Kassen hierüber zu treffenden vertraglichen Regelungen.)

Zum Inhalt der Richtlinien

Der zum 1. Juli neu eingeführte § 27 a SGB V und die hierzu von der Bundesregierung abgegebenen Erläuterungen haben die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung zum leistungsrechtlich kompliziertesten Teil der Krankenbehandlung gemacht. Zur schnellen Orientierung über den Inhalt der Richtlinien des Bundesausschusses sollen folgende wesentlichen Bestimmungen herausgestellt werden:

1. Methoden der künstlichen Befruchtung

Aufgrund des § 27 a SGB V und der Richtlinien des Bundesausschusses

sind folgende vier Methoden zu unterscheiden:

- Die Insemination im Spontanzyklus
- Die Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation
- Die In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryotransfer (ET)
- Der intratubare Gametentransfer (GIFT)

Das vom Gesetzgeber eingeführte Genehmigungsverfahren nach § 121 a SGB V (siehe unter 4.) gilt hinsichtlich der Inseminationsbehandlung nur für die Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation, nicht dagegen für die Insemination im Spontanzyklus, und zwar auch dann nicht, wenn ein Ovulationstimung durch externe hormonelle Stimulation durchgeführt

Die KBV informiert

wird. Diese Regelung führt in der Praxis dazu, daß die Insemination im Spontanzyklus von jedem Frauenarzt durchgeführt werden kann, sofern er keine Polyovulation (mehr als zwei Follikel) feststellt, während die Insemination bei nachgewiesener Reifung von mehr als zwei Follikeln nur von den relativ wenigen Frauenärzten (nach vorläufiger Schätzung kaum mehr als 100) vorgenommen werden kann, die eine behördliche Genehmigung nach § 121 a SGB V erhalten. Bei mehr als drei Follikeln dürfen Inseminationen wegen des Risikos hochgradiger Mehrlingschwangerschaften nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen (z. B. bestimmte Formen der Subfertilität des Mannes) durchgeführt werden. Zu beachten sind in diesem Zusammenhang auch die im Hinblick auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung vorgesehenen Regelungen im Embryonenschutz-Gesetz, das der Bundestag am 24. Oktober 1990 verabschiedet hat (s. Deutsches Ärzteblatt, Heft 45 vom 8. November 1990).

2. Leistungsvoraussetzungen

Durch Gesetz und Richtlinien werden eine Reihe von teilweise sehr de-

taillierten Leistungsvoraussetzungen definiert:

- Leistungen zur künstlichen Befruchtung sollen nur durchgeführt werden, wenn andere Maßnahmen der Sterilitätsbehandlung keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind. Die nach Nr. 11 der Richtlinien festgelegten Indikationen für die einzelnen Maßnahmen – einschließlich der in Nr. 8 genannten Höchstzahlen – sind zu beachten. Dabei ist besonders auf die Indikation „idiopathische Sterilität“ hinzuweisen, die nur dann als gegeben angesehen werden darf, wenn alle anderen diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten – einschließlich einer psychologischen Exploration – ausgeschöpft sind.

- Die Leistungen dürfen nur bei Ehepartnern durchgeführt werden, wobei für die Frau ein Höchstalter von 39 Jahren festgelegt ist, das nur in Ausnahmefällen, d. h. nach positiver gutachterlicher Beurteilung der Erfolgsaussichten, bis auf 44 Jahre angehoben werden kann.

- Die Ehegatten müssen HIV-negativ sein. Sie müssen vor Beginn der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (mit Ausnahme der Insemination im Spontanzyklus) von einem Arzt, der die Maßnahmen nicht selbst durchführt, beraten worden sein (siehe unter 3.). Die Krankenkasse des Ehemannes ist nur leistungspflichtig für die Untersuchung des Samens sowie für den HIV-Test beim Ehemann. Diese Leistungen können vom Frauenarzt ausnahmsweise auf dem Krankenschein des Ehemannes abgerechnet werden. Für alle anderen Maßnahmen – einschließlich der Beratung des Ehepaares – ist die Krankenkasse der Frau leistungspflichtig, sofern beide Ehepartner gesetzlich krankenversichert sind.

3. Beratungsverfahren

Für die Inanspruchnahme von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (mit Ausnahme der Insemination im Spontanzyklus) wurde ein Beratungsverfahren eingeführt. Die Beratung darf nicht von demjenigen Arzt bzw. von derjenigen Gemeinschaftspraxis durchgeführt werden, die später bei demselben Ehepaar die Leistungen zur künstlichen Befruchtung erbringen. Die Beratung soll sich gezielt auf die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beziehen.

Dagegen ist es nicht Aufgabe dieses Beratungsverfahrens, die zuvor gestell-

ten medizinischen Indikationen, aufgrund derer die künstliche Befruchtung durchgeführt werden soll, zu überprüfen. Auch individuelle psychologische Explorationen gehören nicht zum Leistungsumfang dieser Beratung.

Über die erfolgte Beratung wird eine Bescheinigung ausgestellt. Darüber hinaus soll der Arzt, der die Beratung nach den Richtlinien vorgenommen hat, zur Durchführung der Maßnahmen an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überweisen, die hierzu nach § 121 a SGB V berechtigt sind. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung können insofern nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Dies schließt nicht aus, daß die Indikationsstellung und die vorausgegangenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Sterilitätsbehandlung von demselben Arzt durchgeführt wurden, der anschließend auch die Leistungen zur künstlichen Befruchtung erbringt. Andererseits kann ein Arzt, der die Vorbehandlung nicht selbst durchgeführt hat und daher die Beratung aufgrund einer Überweisung durchführt, im Anschluß an diese Beratung die Überweisung zur Erbringung von Leistungen der künstlichen Befruchtung ausstellen, ohne sich über das Vorliegen der in den Richtlinien

aufgeführten Indikationen überzeugt zu haben. Die Beratung ist nach Nr. 1180 der Vertragsgebührenordnungen BMÄ und E-GO berechnungsfähig.

4. Qualifikationsvoraussetzungen und behördliche Genehmigung

Die Qualifikationsanforderungen und Genehmigungsvorbehalte für die Durchführung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sind kompliziert ausgefallen, weil von den betreffenden Ärzten unterschiedliche Vorschriften zu beachten sind:

- Die in den Berufsordnungen der Ärztekammern definierten berufsrechtlichen Anforderungen für die Durchführung von Leistungen zur künstlichen Befruchtung

- Die behördliche Genehmigung nach § 121 a SGB V (für die in einigen Ländern ebenfalls die Ärztekammer zuständig ist)

- Die Qualifikationsanforderungen nach den Richtlinien des Bundesausschusses.

In der untenstehenden Tabelle wurde versucht, die unterschiedlichen Verfahren im Rahmen der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung und die jeweils darauf bezogenen Qualifikationsanforderungen und Genehmigungsvorbehalte in übersichtlicher Weise in Beziehung zu bringen. Der überwiegende Teil der mit solchen Fragen konfrontierten Ärzte dürfte sich ausschließlich für die Durchführung der Beratung des Ehepaares interessieren. Die Kassenärztliche Vereinigung erteilt die Abrechnungsgenehmigung in erster Linie an Frauenärzte, die zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung berechtigt sind. Anstelle der Gebietsbezeichnung „Frauenarzt“ kann auch der Nachweis spezieller Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin gesetzt werden.

Vergütungsregelungen

Die zusammen mit den Richtlinien zum 1. Oktober 1990 in Kraft getretenen Vergütungsregelungen für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung wurden in Heft 43 des Deutschen Ärzteblattes vom 25. Oktober 1990 veröffentlicht.

Für alle Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die zwischen dem 1. Januar 1989 und dem 1. Oktober 1990 eingeleitet worden sind, bleibt es bei der Liquidation auf der Grundlage der GOÄ und der nachträglichen Kostenerstattung der Kassen gegenüber den Versicherten auf der Basis der EBM-Sätze vor dem 1. Januar 1989.

Da es sich bei den Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung um Leistungen handelt, die zum 1. Oktober 1990 aufgrund einer gesetzlichen Leistungserweiterung neu in die kassen- und vertragsärztliche Versorgung eingeführt wurden, kann kein Zweifel daran bestehen, daß die Vergütung dieser Maßnahmen außerhalb der pauschalierten Vergütung auf der Grundlage der Berechnung nach Einzelleistungen zu erfolgen hat, so daß die Punktwerte für die übrigen Leistungen hierdurch nicht belastet werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich mit den Verbänden der Ersatzkassen dementsprechend darauf verständigt, daß die Leistungen der künstlichen Befruchtung in der vertragsärztlichen Versorgung ab dem 1. Oktober 1990 – außerhalb der pauschalierten Vergütung – nach Einzelleistungen mit einem Punktwert von 10,65 Pfennigen (bezogen auf die Punktzahlen des EBM) zu vergüten sind.

Dr. med. Lothar Krimmel
Kassenärztliche
Bundesvereinigung
Vertragsabteilung
Herbert-Lewin-Str. 3
W-5000 Köln 41

	kassenärztliche Anforderungen		berufsrechtliche Anforderungen (Berufsordnungen der Ärztekammern)
	Qualifikation nach den Richtlinien des Bundesausschusses	behördliche Genehmigung erforderlich (§ 121 a SGB V)	
Beratung des Ehepaares	Frauenarzt (oder entspr. Kenntnisse) und Teilnahme an psychosomatischer Grundversorgung	–	–
Insemination ohne Stimulation	Frauenarzt	–	–
Insemination mit Stimulation	–	ja	–
Intratubarer Gametentransfer (GIFT)	–	ja	ja
In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (IVF/ET)	–	ja	ja

Qualifikationsanforderungen und Genehmigungsvorbehalte für die Durchführung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung