

Zusammenfassung

Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes auf die Versorgungslage der Versicherten und die Ausgabensituation der Techniker Krankenkasse (TK) bzw. gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Hintergrund: Die Kosten für die Behandlung der ungewollten Kinderlosigkeit werden in Deutschland von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu unterschiedlichen Konditionen übernommen. Nach dem Sozialgesetzbuch besitzen Versicherte einen Anspruch auf "*Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit*" (§ 27 SGB V). Im Allgemeinen sind darunter chirurgische Eingriffe, psychotherapeutische oder medikamentöse Maßnahmen zu verstehen¹. Für Leistungen der künstlichen Befruchtung existieren dabei gesonderte Regelungen (nach § 27a SGB V), die im Jahr 2004 im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) geändert wurden.

Übernahm bis zum 31.12.2003 die GKV noch 100 Prozent der Kosten für eine künstliche Befruchtung, so sind es mit Einführung des Gesetzes nur noch 50 Prozent. Zudem wurden die Voraussetzungen zur Durchführung einer solchen Behandlung bzw. zur Kostenübernahme durch die GKV angepasst. Dazu gehören die Einschränkung der zulässigen Altersgrenzen (Frau 25 bis 40 Jahre, Mann 25 bis 50 Jahre) und der genehmigten Versuche (3 Zyklen). Auch muss vor Beginn der Therapie ein Behandlungsplan aufgestellt und von der zuständigen Krankenkasse genehmigt werden.

Studienfrage:

Politische Fragestellung

Im Rahmen dieser Studie wurde untersucht, welche Auswirkungen das GMG auf die Versorgungslage der Versicherten und die Ausgabensituation der Techniker Krankenkasse bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung in punkto Maßnahmen der künstlichen Befruchtung hatte.

Wissenschaftliche Fragestellungen

- Wie hat sich die Zahl der durchgeführten Behandlungen im ärztlichen Bereich entwickelt?
- Wie haben sich die Kosten für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung infolge des GMG entwickelt (Arzneimittel und ärztliche Leistungen)?
- Wie verhält sich der Verlauf der Geburtenrate?

Alle Fragestellungen beziehen sich auf den niedergelassenen ärztlichen Bereich.

Methoden:

Die vorliegende Studie wurde retrospektiv über den Zeitraum Januar 2002 bis Dezember 2005 durchgeführt.

Angaben zu den abgerechneten ärztlichen Leistungen im Bereich Reproduktionsmedizin wurden der GKV-Frequenzstatistik und dem TK-Datenpool entnommen. Eine Auswertung der Arzneimittelverordnungsdaten auf GKV-Ebene konnte aufgrund mangelnder Datenbasis, die nach Einführung des GMG zwischen Arzneimittelverordnungen nach § 27 und § 27a SGB V

¹ Orłowski U, Rau F, Schermer J: SGB V - Kommentar - Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). C. F. Müller Verlag, Stand 2007.

unterscheidet, nicht durchgeführt werden. Für die TK konnten Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung vorgenommen werden.

Die ärztlichen Leistungen wurden in der Suchabfrage anhand von Gebührenordnungsziffern nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM). Die relevanten Gebührenordnungsziffern wurden den Bundesempfehlungen zur künstlichen Befruchtung nach § 86 SGB V entnommen. In die Auswertung einbezogen wurden folgende Methoden der künstlichen Befruchtung: Insemination im Spontanzklus bzw. nach hormoneller Stimulation, In-vitro-Fertilisation (IVF) sowie die IVF in Kombination mit der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI). Die Kosten für ärztliche Leistungen wurden auf Basis der abgefragten Gebührenordnungsziffern, den Punktwerten der Jahre 2002 bis 2005 und den Punktzahlen nach jeweils gültigem Einheitlichem Bewertungsmaßstab ermittelt. Kosten für sonstige medizinische Leistungen (z. B. Laboruntersuchungen, praxisklinische Betreuung etc.) sind in der Berechnung ebenfalls enthalten.

Über eine Modellrechnung wurden die Gesamtkosten ermittelt, die neben den bereits beschriebenen Kosten für die ärztlichen/medizinischen Leistungen auch die Arzneimittelkosten beinhalteten. Für die GKV erfolgte eine Extrapolation der Arzneimittelkosten auf Basis der TK-Arzneimitteldaten.

Die eingesetzten Arzneimittel wurden in den TK-Datensätzen über ihren ATC-Code bzw. ihre Pharmazentralnummer abgefragt. Die Anzahl der Verordnungen sowie die Kosten wurden ebenfalls den TK-Datensätzen entnommen und um Hersteller-, Großhandels- und Apothekenrabatte sowie Patientenzuzahlungen bereinigt.

Die Zahl der Geburten nach künstlicher Befruchtung wurde aus der Anzahl durchgeführter Behandlungen und Angaben des Deutschen IVF-Register (Baby-take-home-Rate) berechnet.

Ergebnisse:

TK: Im Jahr 2003 stiegen die Behandlungszahlen von 7089 auf 8723 und fielen im Jahr 2004 auf 4059. Auch im Jahr 2005 waren die Behandlungszahlen mit 3191 weiter rückläufig.

Im Vergleich der Jahre 2002 und 2005 wurden standardisiert auf 1000 Versicherte* bei der TK 60% weniger Behandlungen durchgeführt (siehe Abbildung 1). Die Geburtenzahl pro 1000 Versicherte* verringerte sich von 2002 auf 2005 um 54% (siehe Abbildung 2). Im Vergleich der Jahre 2002 und 2005 ist bei der TK ein Rückgang der Kosten für Arzneimittel und ärztliche Leistungen um ca. 17 Millionen Euro zu verzeichnen.

GKV: Die Behandlungszahlen stiegen von 73.405 Behandlungen im Jahr 2002 auf 104.542 Behandlungen im Jahr 2003. Dies entspricht einem Zuwachs von 42%. 2004 wurden in der GKV lediglich noch 35.352 Behandlungen durchgeführt. Auch im Jahr 2005 waren die Behandlungszahlen mit 32.099 weiter rückläufig.

Im Vergleich 2002 zu 2005 werden pro 1000 Versicherte* in der GKV durchschnittlich 55% weniger Behandlungen durchgeführt (siehe Abbildung 1). Daraus resultierend verringerte sich auch die Anzahl der Geburten pro 1000 Versicherte* nach künstlicher Befruchtung um 51% (siehe Abbildung 2). Bezieht man in die Berechnungen die Wahrscheinlichkeiten für eine Einlings- oder Mehrlingsgeburt (Angaben nach Deutschem IVF Register) ein, so sind im Vergleich 2002 zu 2005 in Deutschland 6400 Kinder weniger geboren worden.

Für die GKV bedeutet die Abnahme der Behandlungszahlen im Vergleich der Jahre 2002 und 2005 einen Rückgang der Kosten von bis zu 200 Millionen Euro (Extrapolation anhand von TK-Daten).

* Standardisiert auf 1000 versicherte Frauen im Alter von 20 bis 44 Jahre.

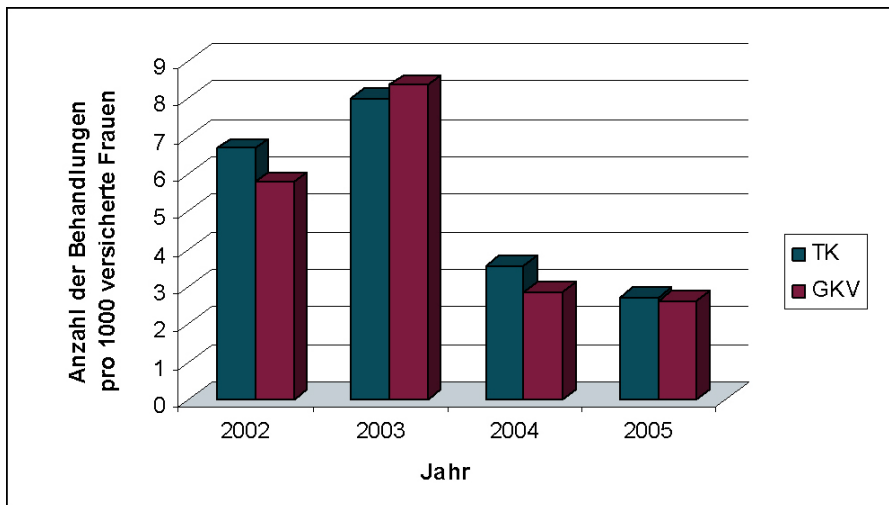


Abbildung 1: Anzahl der Behandlung pro 1000 versicherte Frauen (Alter 20 bis 44 Jahre)

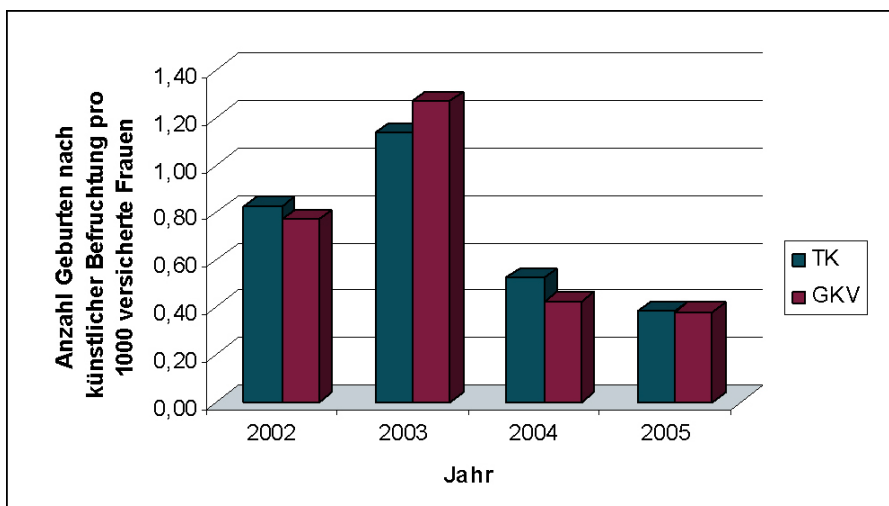


Abbildung 2: Anzahl Geburten nach künstlicher Befruchtung pro 1000 Versicherte Frauen (Alter 20 bis 44 Jahre)

Schlussfolgerung: Die Auswirkungen des GMG führen nachhaltig zu einem Absinken der Behandlungszahlen und damit auch zu einem Rückgang der Geburten nach künstlicher Befruchtung. Ausschlaggebend für den Rückgang sind sicherlich die hohen Selbstbeteiligungskosten der Patienten, die sich je nach Indikation und Methode zwischen EUR 150 und EUR 1500 pro Zyklusfall bewegen.

Im Sinne einer nachhaltigen Familienpolitik sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, die eine sozial gerechtere Finanzierung von Maßnahmen der Reproduktionsmedizin garantieren.