

Künstliche Befruchtung

Wer zahlt wann was?

Paare mit Kinderwunsch, die auf natürlichem Wege nicht schwanger werden können, ziehen häufig die Möglichkeit einer künstlichen Befruchtung in Erwägung. Die Kosten dafür trägt in bestimmten Fällen zumindest anteilig die gesetzliche Krankenversicherung. Dabei gibt es Stolperfallen bei der Rezeptbelieferung, die jede Apotheke kennen sollte. Daher möchten wir die wichtigsten Punkte nachfolgend noch einmal aufgreifen.

Eine künstliche Befruchtung ist ein medizinischer Eingriff in den Körper, der wie jeder Eingriff wohlüberlegt sein sollte. Dennoch entscheiden sich viele Paare dafür, wenn ihre Bemühungen zur Erfüllung des Kinderwunsches auf natürlichem Weg nicht erfolgreich sind. Im Rahmen einer künstlichen Befruchtung erfolgt in der Regel zunächst eine hormonelle Vorbehandlung der Frau, anschließend werden männliche Samen mit der Eizelle zusammengebracht.

Dabei können unterschiedliche Methoden angewendet werden – über die genaue Vorgehensweise entscheidet der Arzt im individuell vorliegenden Fall.

- **Insemination:** Die Spermienzellen werden direkt in die Gebärmutter der Frau eingebracht.
- **In-vitro-Fertilisation (IVF):** Der Frau werden befruchtungsfähige Eizellen entnommen und diese in einem Laborglas mit Spermienzellen des Partners befruchtet.
- **Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI):** Sonderform der IVF, bei der die Spermienzellen direkt in die Eizelle der Frau injiziert werden.
- **Intratubarer Gametentransfer (GIFT):** Der Frau werden unter Vollnarkose Eizellen entnommen und diese dann direkt mit Spermienzellen des Mannes in die Eileiter der Frau gespritzt. Die Befruchtung erfolgt dann auf natürlichem Wege.

Die Erfolgsaussichten der Methoden sind ganz unterschiedlich und liegen bei einer IVF bei etwa 25–30%, bei der ICSI bei etwa 25% und bei einem GIFT bei etwa 20%.¹ Da die Fehlbildungsrate erhöht sein kann und das Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht, muss je nach Methode vorab eine unabhängige Beratung erfolgen.

Wer trägt die Kosten?

In § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ist verankert, unter welchen Voraussetzungen und in welcher Höhe die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Kosten für eine Behandlung im Rahmen einer künstlichen Befruchtung übernimmt.

Folgende Bedingungen gelten:

- Die Maßnahmen sind nach ärztlicher Feststellung erforderlich.
- Es besteht nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht darauf, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt wurde, besteht keine hinreichende Aussicht mehr.
- Das Paar, das sich der Behandlung unterzieht, muss miteinander verheiratet sein und es dürfen ausschließlich Ei- und Spermienzellen der Ehepartner verwendet werden.
- Das Paar muss sich vor der Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte von einem Arzt beraten lassen, der die Behandlung nicht selbst durchführen wird.
- Kosten werden nur für Personen übernommen, die mindestens 25 Jahre alt sind. Die Frau darf nicht älter als 39 Jahre, der Mann nicht älter als 49 Jahre alt sein.
- Vor der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen.
- Die Krankenkasse übernimmt 50% der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen bei ihrem Versicherten.

Die Beschränkung auf drei Versuche gilt nicht für die Insemination, die nicht nach Stimulationsverfahren durchgeführt wird; hier sind mehr Versuche möglich. Außerdem entfällt hier die Pflicht, sich vorab beraten zu lassen.

Mittlerweile werden auch für Versicherte, bei denen aufgrund einer keimzellschädigenden Therapie Keimzellen gewonnen und für eine später herbeizuführende Schwangerschaft kryokonserviert werden, die Hälfte der Kosten einer künstlichen Befruchtung gemäß § 27a Abs. 4 SGB V übernommen. Die genauere Ausgestaltung hat der G-BA Anfang Februar in einer Anpassung der Richtlinie über künstliche Befruchtung festgelegt.²

Welche Präparate kommen in der Behandlung zum Einsatz?

Damit eine künstliche Befruchtung Aussicht auf Erfolg hat, werden verschiedene Wirkstoffe eingesetzt. Zum Einsatz kommen Hormone oder Hormonrezeptormodulatoren wie beispielsweise Follitropin, Progesteron, Choriongonadotropin, Clomifen, Cetrorelix, Ganirelix, Menotropin, Nafarelin oder Triptorelin. Die Wirkweise und Darreichungsformen finden Sie als tabellarische Übersicht im Anschluss an diesen Beitrag und zum Download auf dem DeutschenApothekenPortal.



Übersichtstabelle „Wirkstoffe bei künstlicher Befruchtung“:
www.DAPdialog.de/6812

Eine künstliche Befruchtung ist immer ein Eingriff in den komplexen weiblichen Hormonhaushalt. In der Regel wird die Frau zunächst mit FSH (= Follikelstimulierendes Hormon; Follitropin ist rekombinant hergestelltes FSH) behandelt, welches zu Beginn des Zyklus täglich subkutan appliziert wird. Dies sorgt dafür, dass im Körper oft gleich mehrere Eizellen heranreifen. Ab etwa dem sechsten Tag wird zusätzlich ein Wirkstoff wie Cetrorelix appliziert, der die Wirkung des Gonadotropin-Releasing-Hormons (GnRH) antagonisiert. Damit wird die Sekretion von LH und FSH gehemmt, um einen spontanen vorzeitigen Eisprung zu unterbinden. Dieser wird, nachdem die ausreichende Reifung der Follikel in einer Kontrolluntersuchung bestätigt wurde, gezielt durch die Gabe von Choriongonadotropin ausgelöst. Anschließend können die Eizellen durch den Arzt per Follikelpunktion entnommen werden.

Nach der Befruchtung wird die befruchtete Eizelle der Frau wieder eingesetzt. Um die Einnistung zu unterstützen, kann eine weitere hormonelle Behandlung, beispielsweise mit vaginal verabreichtem Progesteron, erfolgen.

Neben dem zuvor beschriebenen sogenannten kurzen Protokoll gibt es noch ein langes Protokoll. Dabei wird vor der Stimulationsphase mit FSH bereits im vorausgehenden Zyklus durch die Gabe eines GnRH-Rezeptor-Agonisten ein vorzeitiger Eisprung unterdrückt.

Alle Methoden haben gemeinsam, dass der Zyklus der Frau durch die eingesetzten Arzneimittel gesteuert wird: Ein vorzeitiger Eisprung wird verhindert, die Follikelreifung gezielt gefördert und der Eisprung zu einem medikamentös bestimmten Zeitpunkt ausgelöst. Eine sorgfältige und engmaschige Überwachung beim Arzt ist notwendig, um den Stand der Follikelreifung zu überprüfen. Zudem ist ein exaktes Timing für den Erfolg der Behandlung essenziell.

Bei der Beratung in der Apotheke ist es daher empfehlenswert, der Patientin zu erklären, warum sie welche Arzneimittel erhält und wie und wann diese anzuwenden sind. Führt die Patientin die Anwendung selbst durch, was dank der sukutanen Verabreichung bei verschiedenen Arzneimitteln möglich ist, sollte auch dies erklärt und Ängste nach Möglichkeit ausgeräumt werden.

Die Entscheidung, welche Präparate wann bei welcher Person eingesetzt werden, obliegt natürlich dem Arzt. Dennoch sollte das Apothekenteam wissen, welche Präparate im Rahmen einer künstlichen Befruchtung eingesetzt werden können, um einer Retaxierung vorzubeugen. Bei der Rezeptbearbeitung können einige Stolperfallen auftreten.

Rezeptbelieferung in der Apotheke

Werden Arzneimittel im Rahmen einer künstlichen Befruchtung zulasten einer GKV verordnet, so trägt der Arzt einen Hinweis auf diese Indikation auf dem Rezept auf (beispielsweise „Verordnung nach § 27a SGB V“ oder „künstliche Befruchtung“). Wird in der Apotheke solch ein Rezept vorgelegt, dann muss der Patient anstelle der normalerweise bei Muster-16-Rezepten anfallenden Zuzahlung die Hälfte der Kosten des Arzneimittelpreises tragen. Die andere Hälfte der verordneten Arzneimittel rechnet die Apotheke per Sonder-PZN 09999643 und nachfolgend mit der Angabe der einzelnen Arzneimittel-PZN mit der GKV

ab. Falls bei einem Arzneimittel der Preis oberhalb des Festbetrags ist, trägt die Krankenkasse nur 50% der Kosten des Festbetrags. Nur wenn beispielsweise aufgrund eines Rabattvertrags die Mehrkosten ausgeglichen werden, können 50% von Festbetrag plus Mehrkosten der GKV in Rechnung gestellt werden. Die genaue Vorgehensweise ist in der Technischen Anlage 1 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung definiert:

4.9 Abrechnung von Verordnungen im Rahmen der Künstlichen Befruchtung

4.9.1 Papierrezept

„Zur Kennzeichnung eines Arzneiverordnungsblattes als Verordnung zur künstlichen Befruchtung wird in die erste Abrechnungszeile des Apothekenfeldes das Sonderkennzeichen 09999643 mit dem Betrag ‚0‘ im Feld ‚Taxe‘ und ‚1‘ im Feld ‚Faktor‘ eingetragen. Nachfolgend sind die PZN der abzurechnenden Arzneimittel mit der entsprechenden Menge und dem Betrag einzutragen, der mit der Krankenkasse abzurechnen ist. Dies ist entweder 50% vom maßgeblichen Apothekenverkaufspreises oder 50% vom Festbetrag, wenn der Apothekenverkaufspreis größer als der Festbetrag ist. Besteht in diesem Fall ein Rabattvertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V zum Ausgleich der Mehrkosten über dem Festbetrag, ist 50% vom Festbetrag plus Betrag der Mehrkosten (=Differenz AVK – FB) anzugeben. [...] Das Feld ‚Zuzahlung‘ wird mit Null ‚0‘ gefüllt. [...]“

Pflichtleistung versus Satzungsleistung

Manche Krankenkassen erstatten im Rahmen freiwilliger Satzungsleistungen mehr als 50% der Kosten für eine künstliche Befruchtung. In diesem Fall kann der Kunde die Quittung nachträglich zur Erstattung bei der Krankenkasse einreichen. Teilweise werden von Krankenkassen auch mehr Versuche erstattet, als gemäß SGB V als Pflichtleistung vereinbart ist. Dies sollten die Betroffenen vorab mit ihrer Krankenkasse klären. Falls den Versicherten dies nicht bekannt ist, kann die Apotheke die Kunden darauf hinweisen, dies bei der jeweiligen Versicherung zu erfragen.

Es ist in jedem Fall ratsam, dem Kunden die Quittung über die verordneten Arzneimittel und den geleisteten Eigenanteil mitzugeben.

Rezept ohne Hinweis auf § 27a

Es kommt durchaus vor, dass Rezepte über Arzneimittel, die typischerweise im Rahmen einer künstlichen Befruchtung eingesetzt werden, in der Apotheke vorgelegt werden, aber keinen Hinweis auf eine künstliche Befruchtung enthalten. Dabei ist zu beachten, dass manche Präparate auch noch in anderen Indikationen eingesetzt werden. In diesem Fall handelt es sich um ein ganz normales Rezept, für das der Patient nur die anfallende Zuzahlung leistet. Falls sich im Beratungsgespräch jedoch Hinweise ergeben, dass es sich doch um eine Medikation bei künstlicher Befruchtung handelt, so sollte unbedingt mit dem Arzt Rücksprache gehalten werden, damit es nicht im Nachhinein zu einer empfindlichen Retax kommt. Zudem sollten die jeweils geltenden Arzneilieferverträge berücksichtigt werden: Es gibt Regionallieferverträge von Primärkassen, die eine Prüfpflicht für Apotheken vorsehen, wenn ein Rezept keinen Hinweis auf § 27a trägt. In diesem Fall müssen sich Apotheken beim Arzt vergewissern, dass keine künstliche Befruchtung erfolgen soll, und diese Rücksprache auf dem Rezept dokumentieren. Für Ersatzkassen ist solch eine Prüfpflicht nicht vorgesehen.

Die DAP Arbeitshilfe „§-27a-Rezept-Abrechnung in der Apotheke“ gibt eine Übersicht, was bei der Rezeptbelieferung zu beachten ist.



DAP Arbeitshilfe „§-27a-Rezept-Abrechnung in der Apotheke“
www.DAPdialog.de/6813

Quellen:

- 1 G-BA: Methoden der künstlichen Befruchtung; <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/ambulant/kuenstliche-befruchtung/methoden/>; abgerufen am 15.03.2022
- 2 G-BA: Richtlinie über künstliche Befruchtung; <https://www.g-ba.de/richtlinien/1/>; abgerufen am 15.03.2022