Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender
Dr. Maximilian Högn

Die Finanzierung der Reproduktionsmedizin

Die Finanzierung der Reproduktionsmedizin ist eine vielfach diskutierte Thematik. In diesem Beitrag erfolgt eine ordnungsökonomisch orientierte Betrachtung hinsichtlich der grundsätzlichen Fragestellung, ob die Finanzierung Leistungsbestandteil der gesetzlichen Krankenversicherungen sein sollte und inwieweit eine Steuerfinanzierung reproduktionsmedizinischer Leistungen denkbar ist.

>> Der demografische Wandel ist insbesondere in Hinblick auf die nachhaltige Finanzierbarkeit der sozialen Sicherungssysteme eine der größten Herausforderungen für die Gesellschaft in Deutschland. Eine zentrale Ursache für die strukturelle Veränderung in der Bundesrepublik Deutschland ist die seit Jahrzehnten abnehmende Geburtenrate. Lag die Gesamtzahl der Geburten 1964 noch bei ca. 1,36 Mio., so betrug sie 2010 lediglich noch 0,68 Mio. (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland (Hrsg.), 2011). Hinsichtlich der Problematik sinkender Geburtenzahlen gibt es vielfältige Ursachen und Lösungsansätze. Eine häufig diskutierte Ursache ist die Thematik ungewollter Kinderlosigkeit. Einer Umfrage des Institutes für Demoskopie in Allensbach zufolge waren in Deutschland im Jahr 2006 30,3 % der Altersgruppe der 25- bis 59-Jährigen ohne Kinder. Der Anteil der Frauen und Männer innerhalb dieser Altersgruppe, der heute oder früher gerne Kinder gehabt hätte, liegt bei knapp 17 %. Unter Hinzunahme jener Personen, die bereits Kinder haben, jedoch gerne noch weitere bekommen würden, erhöht sich der Anteil um weitere 19 % auf ca. 36 %, was mehr als einem Drittel der 25- bis 59-jährigen Frauen und Männer in Deutschland entspricht. (vgl. Sütterlin, Hoßmann, 2007, S. 12 und 18).

Die Reproduktionsmedizin stellt ein Therapieangebot bei ungewollter Kinderlosigkeit dar, welches sich in den letzten drei Jahrzehnten etabliert hat. Die beiden zentralen Behandlungsmethoden der Reproduktionsmedizin, die auch als künstliche Befruchtung bekannt sind, sind die in-vitro-Fertilisation (IVF) und die intrazytoplasmatische Spermatozoeninjektion (ICSI). Der Ablauf einer IVF ist in Abbildung 1 grob skizziert. Nach der hormonellen Stimulation (1) werden der Frau mit Kinderwunsch Eizellen entnommen (2). Diese werden im Reagenzglas („in-vitro“) mit Spermien des Partners oder eines Samenspenders vereint (3). Nach erfolgreicher Fertilisation (4), die durch die Existenz von zwei Vorkernen definiert ist, werden die Eizellen, nach einer weiteren Kulturdauer von ca. 24 Stunden (5), der Patientin in die Gebärmutter eingesetzt (6). Die Zahl der zu transferierenden Eizellen ist hierbei durch das Embryonenschutzgesetz auf ein Maximum von drei, zur Vermeidung des Risikos einer Mehrlingsgeburt, begrenzt.

Die ICSI läuft nahezu analog zur IVF ab. Einziger Unterschied ist der Vorgang der Befruchtung, welcher nicht durch natürliche Selektion erfolgt. Bei der ICSI wird durch den behandelnden Reproduktionsmediziner direkt ein Spermatozoon in die Eizelle injiziert.

Nach Angaben des Deutschen IVF Registers, dem zentralen Melderegister der Reproduktionsmedizin, wurden im Jahr 2010 bei 47.159 Patientinnen knapp 76.000 Zyklen in 124 Behandlungszentren durchgeführt (vgl. DIR, 2011, S. 14). Die Baby-take-home-Rate als sogenannter zentraler Ergebnisparameter für die Zahl der Geburten im Verhältnis zur

Zusammenfassung

Die Reproduktionsmedizin eröffnet Möglichkeiten, die lange Zeit für undenkbar gehalten wurden. Neue Entwicklungen bringen immer auch neue Herausforderungen mit sich, daher wirft die Reproduktionsmedizin vielfältige Fragestellungen auf. Da die Aufgabe der Reproduktionsmedizin die Schaffung neuen Lebens ist, ergeben sich Fragestellungen, die über die reine Medizin hinausreichen. Diese sind sowohl ethischer als auch rechtlicher, soziodemografischer und ökonomischer Natur. Dieser Beitrag fokussiert auf die Finanzierung der Reproduktionsmedizin. In einem ersten Schritt wird die Finanzierung reproduktionsmedizinischer Leistungen durch die GKV kritisch hinterfragt. In einem nächsten Schritt wird erörtert, dass die Finanzierung durch Steuermittel aus konstitutionenökonomischer Perspektive eine potenziell legitimierbare Alternative darstellt. Abschließend werden ausgehend vom Gutscharakter reproduktionsmedizinischer Leistungen die Anwendbarkeit und Vorteile des Wettbewerbsprinzips in der Reproduktionsmedizin erläutert.

Schlüsselwörter

Reproduktionsmedizin/ Assistierte Reproduktion/ Demografischer Wandel/ Finanzierung von Gesundheitssystemen/ Gesundheitsökonomie/ Gesundheits- und Sozialpolitik/ Ordnungsökonomik/ Neue Institutionenökonomik

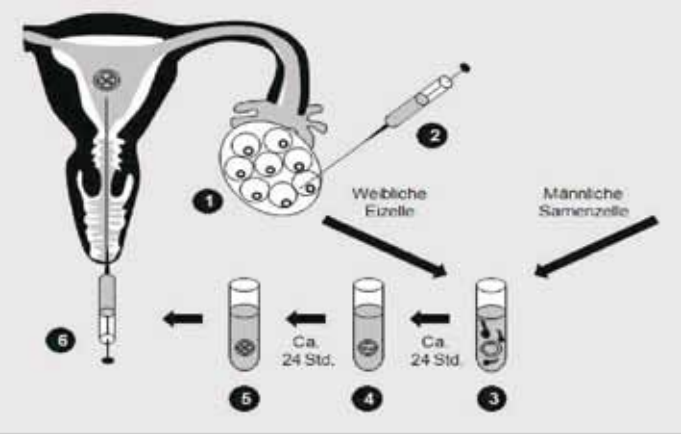


Abb. 1: Ablauf IVF. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Tinneberg/ Michelmann/Naether, 2007, S. 103.

Anzahl der Behandlungen betrug im Jahr 2009 ca. 20 % (vgl. DIR, 2011, S. 18). Diesem Wert liegt eine Geburtenzahl von 12.863 Neugeborenen im Jahr 2009 zugrunde (vgl. DIR, 2011, S. 29).
Die Kosten reproduktionsmedizinischer Leistungen variieren in Abhängigkeit vom gewählten Verfahren und der Krankenversicherung der Patientin bzw. des Paares. Als Richtwert kann im Mittel für IVF/ICSI von ca. 3.600 Euro je Behandlungszyklus ausgegangen werden. In diesem Betrag sind die Behandlungs- als auch Medikamentenkosten enthalten. (vgl. IGES Institut GmbH (Hrsg.), 2009, S. 21 ff.).

Ein Leistungsbereich der GKV?!

Aus ökonomischer Perspektive ist die Finanzierung reproduktionsmedizinischer Leistungen von vordergründigem Interesse. Dass es sich hierbei um eine Thematik von nicht zu unterschätzender Komplexität handelt, zeigen die Entwicklungen auf gesundheitspolitischer Ebene der letzten Jahre. Wurden bis zum Jahr 2004 bis zu vier reproduktionsmedizinische Behandlungszyklen komplett von der GKV übernommen, werden heute nur noch 50 % der Behandlungskosten von bis zu drei Behandlungszyklen durch die GKV getragen. Aktuell wird diskutiert, die Kinderwunschbehandlung durch Landes- bzw. Bundesmittel zu fördern.

Auch der Blick ins Ausland zeigt eine hohe Volatilität und Diversität der Interessenlagen in Hinblick auf die Finanzierung reproduktionsmedizinischer Leistungen. Ein Beispiel hierfür ist Dänemark, das ehemals das Land mit dem höchsten Anteil von Neugeborenen nach Kinderwunschbehandlungen war. Dies wurde u. a. auf die Kostenübernahme durch Steuermittel zurückgeführt. Hier hat sich jedoch die Finanzierungssystematik grundlegend verändert. Aufgrund der Folgen der Finanzkrise wurde die Steuerfinanzierung zum Jahr 2011 weitestgehend abgeschafft.

Literatur

Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 17/9344, 2012, Online im Internet: URL: http://www.dggg.de/fileadmin/Bundestagsdrucksache-1709344.pdf (Abrufdatum: 24.07.2012).
Deutsches IVF Register (Hrsg.), Jahrbuch 2010, 2011.
Högn, M., Die Zukunft der Finanzierung der Reproduktionsmedizin, Bayreuth, 2012.
IGES Institut GmbH (Hrsg.), Finanzielle Zuschüsse zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung (künstlichen Befruchtung) aus Steuermitteln. Gutachten im Auftrag der Merck Pharma GmbH, Berlin, 2009.
Lampert, H., Althammer, J., Lehrbuch der Sozialpolitik, 7. Auflage, Berlin [u.a.], 2007.
Musgrave, R., A multiple theory of budget determination, in: Finanzarchiv: Vol. 17 (1957), S. 333-343.
Oberender, P., Zerth, J., Wachstumsmarkt Gesundheit, 3. Auflage, Stuttgart, 2010.
Statistisches Bundesamt Deutschland (Hrsg.), Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Geschlecht. Statistik der Geburten, 2011, Online im Internet: URL: http://www.destatis.de (Abrufdatum: 01.07.2011).
Sütterlin, S., Hoßmann, I., Ungewollt kinderlos. Was kann die moderne Medizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun? Herausgegeben von Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2007, Online im Internet: URL: http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Studien/ Unge-wollt_kinderlos_Webversion.pdf (Abrufdatum: 22.12.2011).
Tinneberg, H., Michelmann, H, Naether, O., Lexikon der Reproduktionsmedizin, Stuttgart, 2007.

Eine zentrale Frage, hinsichtlich der Finanzierung der Reproduktionsmedizin ist, ob es sich hierbei um einen Leistungsbereich handelt, der durch die Krankenversicherungen zu tragen ist, oder ob es sich um eine sogenannte versicherungsfremde Leistung handelt. Diesbezüglich unterscheidet sich die Handhabe der privaten (PKV) und der gesetzlichen (GKV) Krankenversicherungen deutlich:

Während die PKV der Kinderwunschbehandlung einen lindernden Effekt hinsichtlich einer Fruchtbarkeitsstörung zuspricht und somit bei diagnostizierten Fruchtbarkeitsstörungen die Kosten der Behandlung übernimmt, erkennt die GKV Kinderwunschbehandlungen nicht als Heilbehandlung zur Kuration einer vorliegenden Fruchtbarkeitsstörung an. Mit dem hieraus abgeleiteten Argument, dass es sich bei der Kinderwunschbehandlung um keine Krankheitsbehandlung handelt, konnte der Erstattungsanspruch der Versicherten im SGB V an bestimmte Kriterien wie Alter und Familienstand geknüpft sowie auf 50 % der Kosten beschränkt werden. Dass die GKV trotzdem, zumindest teilweise, die Kosten für reproduktionsmedizinische Leistungen erstattet, wurde durch die Einführung des § 27a SGB V ermöglicht, durch den der Kinderwunschbehandlung der Status einer Krankheitsbehandlung im eigentlichen Sinne des SGB V aberkannt wird.

Vor dem Hintergrund zunehmender medizinischer Möglichkeiten, durch die kontinuierlich die Grenze zwischen medizinisch Notwendigem und medizinisch Möglichem verschoben wird, ist diese Sonderregelung durchaus kritisch zu betrachten. Insbesondere die dem GKV-System in seiner derzeitigen Struktur inhärente Ressourcenknappheit, die sich insbesondere durch die Alterung der Gesellschaft, aber auch durch den medizinisch-technischen Fortschritt deutlich verstärken wird, wird mittel- bis langfristig derartige Sonderregelungen nicht mehr möglich machen. Dies gilt umso mehr, wenn die GKV nachhaltig ihrer ursprünglichen Bestimmung, der Krankheitsbehandlung, nachkommen soll.

Darüber hinaus ist an der Sonderregelung zu kritisieren, dass der § 27a SGB V Elemente direkter Rationierung wie Altersgrenzen und Ehestatus beinhaltet, die mit dem Gleichheitsgrundsatz nach Art. 3 GG nur schwer vereinbar sind. Daher wäre es aus ordnungsökonomischer Perspektive und vor allem auch unter Berücksichtigung der finanziellen Situation der GKV sinnvoll, jegliche Erstattungsansprüche für reproduktionsmedizinische Leistungen komplett aus dem Leistungsbereich der GKV herauszunehmen.

Steuerfinanzierung als Alternative

Eine alternative Finanzierungsmöglichkeit stellt die Steuerfinanzierung dar. Diese Form findet in anderen Nationen, aber auch bereits in Deutschland in den Bundesländern Sachsen und Sachsen-Anhalt Anwendung. Paare mit Kinderwunsch erhalten in den genannten Bundesländern zusätzlich zu den durch die GKVen getragenen Kosten einen Zuschuss aus Landesmitteln, der in etwa der Hälfte der privat zu finanzierenden Kosten entspricht. Auch auf bundespolitischer Ebene sind diesbezüglich Aktivitäten zu vernehmen. So hat der Bundesrat im März 2012 den Entwurf eines Kinderwunschförderungsgesetzes (KiwunschG) beschlossen und im April in den Deutschen Bundestag eingebracht, der eine Erhöhung der Kostenübernahme für GKV-Versicherte von 50 % auf 75 % vorsieht. Die zusätzlichen 25 % sind hierbei durch den Bund zu tragen. Dieser Gesetzesentwurf wurde durch die Bundesregierung u.a. mit Verweis auf die Verfassungsmäßigkeit der 50 % Finanzierung und die Möglichkeiten der Krankenkassen durch das neu geschaffene GKV-Versorgungsstrukturgesetz zusätzliche Leistungen auch im Bereich der künstlichen Befruchtung anzubieten, abgelehnt (vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), 2012).

Die Steuerfinanzierung der Kinderwunschbehandlung wird zumeist auf das Argument des demografischen Wandels und der Gerechtigkeit gestützt und demzufolge als primäre Aufgabe der Familienpolitik gesehen. Letztlich wird hiervon ein meritorischer Bedarf in Anlehnung an die Definition nach Musgrave (1957, S. 341) abgeleitet. Demnach würde ein politisch motivierter Markteingriff hinsichtlich des privaten Gutes Reproduktionsmedizin mittels der normativen Aussage, dass aufgrund verzerrter Konsumentenpräferenzen weniger reproduktionsmedizinische Leistungen als gesamtgesellschaftlich wünschenswert nachgefragt werden, begründet.

Eine derartige Einordnung reproduktionsmedizinischer Leistungen ist aus ordnungsökonomischer Perspektive aufgrund des Konfliktes mit der Grundannahme des methodologischen Individualismus durchaus kritisch zu betrachten, da das Konzept der meritorischen Güter durch die hoheitlich getroffene normative Definition, was gesamtgesellschaftlich wünschenswert ist, dem Individuum die Fähigkeit aberkennt, individuelle, seiner Situation entsprechende Entscheidungen zu treffen (vgl. Lampert/Althammer, 2007, S. 162 und Roth, 2007, S. 212). Gleichwohl entspricht der meritorische Bedarf wohl am ehesten der politischen Argumentationsrealität.

Jedoch lässt sich eine Steuerfinanzierung auch aus konstitutionenökonomischer Perspektive, und somit mit dem methodologischen Individualismus kompatibel, rechtfertigen. Es ist davon auszugehen, dass Individuen, die keinerlei Kenntnisse über ihre persönlichen Voraussetzungen und somit Vermögensverhältnisse als auch ihr Alter, und somit über das Risiko ungewollter Kinderlosigkeit haben, aufgrund ihrer Risikoaversität einer finanziellen Belastung zugunsten der Kinderwunschbehandlung zustimmen. Allerdings muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass es sich bei dieser Zustimmung, aufgrund der exorbitanten Kosten und faktischen Unmöglichkeit der realen Zustimmung aller Gesellschaftsmitglieder, nur um einen hypothetischen Konsens handelt und diese Form der Analyse somit lediglich Informationscharakter hat. Dennoch lässt sich eine Steuerfinanzierung der Kinderwunschbehandlung auch aus ordnungsökonomischer Perspektive, zumindest theoretisch, legitimieren.

Wettbewerb in der Reproduktionsmedizin

Bei der Übernahme der Kosten handelt es sich um eine verteilungspolitische Fragestellung, die politisch entschieden werden muss. Hiervon losgelöst ist jedoch die Honorierung der Leistungserbringer zu betrachten. Aktuell erfolgt diese in der Reproduktionsmedizin analog der Honorierung

anderer medizinischer Leistungen im Wesentlichen auf Basis kollektivvertraglicher Vereinbarungen, die zwischen kartellartigen Vereinigungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen verhandelt werden und somit jeglichen Wettbewerb und dessen Vorteile eliminieren. Begründet wird dies bei medizinischen Leistungen mittels der grundsätzlich kontrovers zu diskutierenden Marktversagensthese. Diese lässt sich aber bei genauerer Betrachtung der Gutseigenschaften insbesondere reproduktionsmedizinischer Leistungen sehr eindeutig widerlegen: Da reproduktionsmedizinische Leistungen keinen Einfluss auf das gesundheitliche Nutzenniveau Dritter haben, ist nicht von Marktversagen aufgrund negativer externer Effekte auszugehen. Auch die Problematik mangelnder Konsumentensouveränität und asymmetrischer Information liegt im Bereich der Reproduktionsmedizin nur sehr eingeschränkt vor. Die Entscheidung für eine reproduktionsmedizinische Behandlung ist im Normalfall ein Prozess, der nicht die Dringlichkeit besitzt wie beispielsweise der Entscheidungsprozess im medizinischen Notfall. Die Entscheidung für bzw. gegen eine reproduktionsmedizinische Anwendung hat keine direkt existenzielle Auswirkung auf die Betroffenen. Demnach hat der Patient hinsichtlich der Entscheidung für oder gegen die Behandlung ausreichend Zeit, diese unter Berücksichtigung und Abwägung vielfältiger Aspekte zu treffen.

Reproduktionsmedizinische Eingriffe sind standardisierte Behandlungsmethoden mit bekannten und überschaubaren Risiken. Zudem kann aufgrund der guten statistischen Basis in der Bundesrepublik Deutschland die Erfolgswahrscheinlichkeit des Eingriffes ex-ante, also vor Behandlungsbeginn, relativ gut antizipiert werden. Auch ex-post ist der Erfolg des spezifischen Eingriffes konkret messbar, da ein Eingriff dann als Erfolg definiert ist, wenn letztlich mindestens ein gesundes Kind geboren wird (vgl. Högn, 2012, S. 126 ff.).

Die genannten Punkte verdeutlichen, dass reproduktionsmedizinische Leistungen aufgrund ihrer Gutseigenschaften durchaus einer Marktallokation zugeführt werden können. Der zentrale Steuerungsmechanismus des Marktes ist der Wettbewerb. Damit Wettbewerb möglich ist und somit der Markt seine Vorteile ausspielen kann, müssen jedoch gezielt Rahmenbedingungen definiert werden. Hierzu zählen insbesondere die Vertragsfreiheit, die wiederum Preisfreiheit impliziert, und ein Ordnungsrahmen, der die zentralen rechtlichen Regelungen für alle Marktteilnehmer transparent definiert. Die Ausgestaltung einer Wettbewerbsordnung ist für das deutsche Gesundheitswesen generell eine noch ungenügend gelöste Thematik (vgl. Oberender/Zerth, 2010, S.114).

Wettbewerb, der innerhalb eines derart konstruierten Regelrahmens zustande kommt, wirkt sich vorteilhaft für die am Marktgeschehen partizipierenden Parteien aus. Insbesondere durch einen gezielten Abbau der Informationsasymmetrie kann sich ein Vertragswettbewerb etablieren, der durch eine Ergebnisorientierung der Vergütung potenziell Anreize für eine Steigerung der Versorgungsqualität bei den Leistungserbringern und einer optimierten Compliance bei den Patienten setzt.

Fazit

Zusammenfassend hat sich gezeigt, dass die Finanzierung der Reproduktionsmedizin in Deutschland im Status quo insbesondere durch die GKV als kritisch zu betrachten ist. Auch eine Ergänzung der bestehenden GKV-Finanzierung durch Steuermittel ist keine ordnungspolitisch stringente und nachhaltige Lösung. Einer derartigen „Mischfinanzierung" wäre ein rein steuerfinanzierter Ansatz vorzuziehen, da hinter einer solchen Lösung die Zustimmung der Bevölkerung zu vermuten ist. Auch eine Kürzung der Mittel in wirtschaftlich schlechteren Zeiten wäre dann legitim - ein Aspekt, der vor dem Hintergrund ausufernder Staatsdefizite und Krisen in Europa nicht zu vernachlässigen ist. Sicherlich vorteilhaft würde sich, unabhängig von der Mittelherkunft, eine stärkere Deregulierung und somit die Etablierung eines wettbewerblich organisierten Marktes für reproduktionsmedizinische Leistungen auswirken. <<

Financing reproductive medicine

Reproductive medicine offers opportunities that seemed unthinkable for a long time. New opportunities often bring new challenges. Therefore, reproductive medicine raises a variety of issues. Since the main task of reproductive medicine is the creation of new life, there are questions that go beyond the area of medicine. There are ethical, legal, socio-demographic and economic questions. This article focuses on the financing of reproductive medicine. In a first step, the financing of reproductive services by the compulsory health insurance in Germany is critically analyzed. Next, it is argued that from a constitutional economic perspective tax-based funding may be a legitimizable alternative. Finally, assuming that reproductive medical services are seen as private goods, the applicability and benefits of the principles of competition are discussed.

Keywords

Reproductive medicine/ Assisted reproductive techniques (ART)/ Demografic change/ Financing health care/ Health economics

Autorenerklärung

Dr. Maximilian Högn hat bei Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender an der Universität Bayreuth zur Thematik der Finanzierung der Reproduktionsmedizin promoviert. Der Beitrag greift wesentliche Analysen und Ergebnisse der Dissertation auf. Eine finanzielle Unterstützung erfolgte nicht; die Druckkosten wurden von Oberender & Partner getragen.

Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender
ist Direktor der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie der Universität Bayreuth und Senior-Partner von Oberender & Partner, einer strategischen Unternehmensberatung im Gesundheitswesen. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Markt- und Wettbewerbstheorie, der Gesundheitsökonomie und -politik sowie der internationalen Wettbewerbspolitik bzw. der europäischen Integration der Gesundheitssysteme. Kontakt: peter.oberender@iag-bayreuth.de



Dr. Maximilian Högn
ist Projektleiter bei Oberender & Partner, einer strategischen Unternehmensberatung im Gesundheitswesen. Er ist Bankkaufmann, B. Sc. in Business Administration sowie Dipl.-Kfm. (Univ.) und schloss seine gesundheitsökonomische Promotion zur Finanzierung der Reproduktionsmedizin im Mai 2012 an der Universität Bayreuth bei Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender ab. Forschungsinteressen: Gesundheitsökonomik/-politik / Management von Dienstleistern in der Gesundheitswirtschaft. Kontakt: maximilian.hoegn@oberender-online.de

