

Antrag

des Freistaates Bayern

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der künstlichen Befruchtung
beim Menschen (Fortpflanzungsmedizingesetz)

- Antrag des Freistaates Bayern -

Punkt 9 b der 604. Sitzung des Bundesrates am 22. September 1989

Der Bundesrat möge beschließen:

Nach Artikel 3 wird folgender Artikel 4 eingefügt:

"Art. 4

Leistungen der gesetzlichen Krankenver-
sicherung zur künstlichen Befruchtung

§ 1

(1) Abweichend von § 27 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetz-
buch (SGB V) gehören auch Leistungen zur künstlichen Be-
fruchtung zur Krankenbehandlung, wenn

1. die Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit nicht vorhanden
war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit
erforderlichen Sterilisation verloren gegangen war und

Ausgeliefert am 21. SEP. 1989

186/7/89

- die Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit nicht hergestellt werden kann,
2. die Frau oder der Mann in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist sowie beide miteinander verheiratet sind und nur Samen- und Eizellen der Ehegatten verwendet werden,
 3. nach ärztlicher Feststellung ein Behandlungserfolg erwartet werden kann.
- (2) Leistungen können nur bis zu drei Versuchen der künstlichen Befruchtung gewährt werden.

§ 2

- (1) Die künstliche Befruchtung darf nur von einem Arzt durchgeführt werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation besitzt und über die notwendigen Einrichtungen verfügt.
- (2) Vor Durchführung der künstlichen Befruchtung sind die Ehegatten über mögliche Alternativen sowie alle Auswirkungen und Risiken von einem Arzt, der die künstliche Befruchtung nicht selbst durchführt, zu beraten.

§ 3

Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gehören zur kassenärztlichen Versorgung (§ 73 SGB V).

§ 4

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen regelt in Richtlinien nach § 92 SGB V das Nähere über

1. Art und Umfang der Leistungen nach § 1 sowie die Erfüllung ihrer Voraussetzungen,
2. die erforderliche ärztliche Qualifikation sowie die notwendigen Einrichtungen nach § 2 Abs. 1,
3. die Beratung nach § 2 Abs. 2.

§ 5

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen entscheiden im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam über die Berechtigung eines Arztes, Leitungen zur künstlichen Befruchtung durchzuführen.
- (2) Die Leistungen zur künstlichen Befruchtung werden außerhalb der kassenärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam vereinbaren die Vergütung und haben dabei den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten.

§ 6

- (1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam entscheiden im Einvernehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land und im Benehmen mit der Landeskrankenhausplanungsbehörde über die Berechtigung eines Krankenhauses, Leistungen zur künstlichen Befruchtung stationär durchzuführen. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 4 Nr. 2 sind entsprechend zu beachten.

- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land das Nähere über Art und Umfang der Leistungen nach § 1 sowie die Erfüllung ihrer Voraussetzungen. Die Regelungen in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 4 Nr. 1 sind entsprechend zu beachten.
- (3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam vereinbaren die Vergütung für die Leistungen zur künstlichen Befruchtung mit dem Krankenhaus und haben dabei den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten."

Die bisherigen Artikel 4 und 5 werden Artikel 5 und 6.

Begründung:

Leistungen zur künstlichen Befruchtung gehören nach § 27 Satz 5 SGB V nicht zur Krankenbehandlung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Leistungsausschluß sollte nach den Vorstellungen der Bundesregierung überdacht werden, sobald die Entscheidungen über den Embryonenschutz getroffen sind.

Mit den Regelungen des neuen Artikels werden abweichend von § 27 Satz 5 SGB V Leistungen zur künstlichen Befruchtung der Krankenbehandlung zugeordnet.

zu § 1

Absatz 1 regelt die Voraussetzungen, unter denen Leistungen zur künstlichen Befruchtung zur Krankenbehandlung gehören.

Die Leistungen müssen medizinisch erforderlich sein (Nr. 1).

Der Leistungsanspruch ist beschränkt auf Ehepaare. Erforderlich ist, daß ausschließlich Samen- und Eizellen der Ehegatten verwendet werden (Nr. 2).

Da die Leistungen sehr kostenaufwendig sind, erscheint es geboten, medizinisch zu beurteilen, ob ein Behandlungserfolg erwartet werden kann (Nr. 3).

Absatz 2 begrenzt den Leistungsanspruch auf höchstens drei Befruchtungsversuche und ergänzt damit den Grundgedanken des Absatzes 1 Nr. 3.

zu § 2

Absatz 1 legt fest, daß die künstliche Befruchtung als Kassenleistung nur von einem fachlich hierfür qualifizierten und entsprechend eingerichteten Arzt durchgeführt werden darf.

Absatz 2 verlangt eine umfassende Beratung der Ehegatten vor Durchführung der künstlichen Befruchtung. Zur Vermeidung von Interessenkollisionen muß die Beratung durch einen Arzt erfolgen, der die künstliche Befruchtung nicht selbst durchführt.

zu § 3

Es wird klargestellt, daß die von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt durchgeführte künstliche Befruchtung Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung ist.

zu § 4

Die Einzelheiten über Art und Umfang der Leistungen nach § 1 sowie über deren Voraussetzungen regelt im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung der Bundesaus-schuß der Ärzte und Krankenkassen (Nr. 1). Zum Regelungsinhalt gehört die Festlegung der medizinischen Indikationen für die künstliche Befruchtung. Bei der näheren Ausgestaltung des Erfordernisses, daß ein Behandlungserfolg erwartet werden kann, können auch medizinisch relevante Altersgrenzen vorgesehen werden.

186/7/89

Die Durchführung der künstlichen Befruchtung stellt besondere Anforderungen hinsichtlich der persönlichen ärztlichen Qualifikation sowie hinsichtlich der Praxisausstattung. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat damit die Aufgabe, die Grundlage für einen hohen Qualifikationsstandard der Behandlung zu schaffen (Nr. 2).

Im Rahmen der Regelung der Einzelheiten des Beratungserfordernisses sind das Verfahren, die Beratungsinhalte und die Qualifikation des beratenden Arztes festzulegen (Nr. 3). Dabei ist sicherzustellen, daß neben den medizinischen Gesichtspunkten auch die sozialen und psychologischen Fragen Gegenstand einer eingehenden Beratung sind. Die klare Trennung zwischen dem beratenden Arzt und dem die künstliche Befruchtung durchführenden Arzt muß durch besondere Vorkehrungen gewährleistet sein.

zu § 5

Absatz 1 stellt im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung sicher, daß die künstliche Befruchtung nur von entsprechend qualifizierten Ärzten, die auch über eine angemessene personelle und technische Praxisausstattung verfügen, durchgeführt wird. Grundlage für die Erteilung der Berechtigung zur Leistungserbringung sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 4 Nr. 2). Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen sich am Bedarf orientieren. Dabei wird es sinnvoll sein, daß sie zusammen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen entsprechend planen und auch den stationären Sektor mitberücksichtigen.

Absatz 2 sieht vor, die Vergütung außerhalb der kassenärztlichen Gesamtvergütung zu vereinbaren, und betont den in § 71 SGB V verankerten Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

zu § 6

Absatz 1 ist die den § 5 Abs. 1 entsprechende Regelung für die Erteilung der Berechtigung zur Durchführung der künstlichen Befruchtung im stationären Bereich. Als Grundlage für die Erteilung der Berechtigung sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 4 Nr. 2) entsprechend zu beachten. Unter Abstimmung mit dem ambulanten Sektor soll die Erteilung der Berechtigung bedarfsgerecht sein und daher nach einem Planungskonzept erfolgen.

Absatz 2 schreibt vor, daß für die Vereinbarung der Einzelheiten über Art und Umfang der Leistungen nach § 1 sowie über die Erfüllung ihrer Voraussetzungen die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 4 Nr. 1) entsprechend auf den stationären Sektor übertragen werden.

Absatz 3 regelt die Vereinbarung der Vergütung und verlangt, daß dabei - wie im ambulanten Bereich - der Grundsatz der Beitragssatzstabilität beachtet wird.