

Künstliche Befruchtung

Normen

§ 27a SGB V

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ("Richtlinien über künstliche Befruchtung") (KünstlBefrRL) i.d.F. vom 14.08.1990, zuletzt geändert am 16.03.2017, veröffentlicht im BAnz AT 01.06.2017 B4, in Kraft getreten am 02.06.2017
Gemeinsames Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Auswirkungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes vom 18./19.06.2019

Kurzinfo

Versicherte haben Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Dies sind insbesondere die Inseminationsbehandlung und In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer. Die Leistung ist eine Regelleistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Der Anspruch auf Leistungen der künstlichen Befruchtung ist an bestimmte Altersgrenzen der Versicherten gekoppelt und auch die Höchstanzahl möglicher Versuche ist eingeschränkt.

Ärztliche Maßnahmen nach den Richtlinien über künstliche Befruchtung sind allerdings nur dann durchzuführen, wenn die Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit nach § 27 SGB V (z.B. Fertilisierungsoperation oder alleinige hormonelle Stimulation), die nicht Gegenstand der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung sind, keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind.

Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach den Richtlinien über sind nur dann von den Krankenkassen zu gewähren, wenn sie im homologen System durchgeführt werden, wenn also die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind. Es dürfen ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden.

Nach einer Sterilisation besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Leistungen zur künstlichen Befruchtung. Ausnahmen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.

Nach der Geburt eines Kindes besteht - sofern die sonstigen Voraussetzungen nach diesen Richtlinien gegeben sind - innerhalb der jeweiligen zulässigen Höchstzahl von erfolglosen Versuchen erneut ein Anspruch auf diese Maßnahmen. Dabei werden die der Geburt vorangegangenen Behandlungsversuche nicht auf die vorstehende Anzahl der Versuche angerechnet. Auf der Bundesebene wird derzeit beraten, ob ein neuer Anspruch auch nach einer Scheidung und einer Wiederheirat besteht.

Leistungen zur künstlichen Befruchtung werden nur erbracht, wenn sie im homologen System durchgeführt werden; d.h., dass die beteiligten Personen miteinander verheiratet sind. Es dürfen ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden.

Information

Inhaltsübersicht

1. Allgemeines
2. Anzahl der Therapieversuche
3. Methoden der künstlichen Befruchtung
 - 3.1 IVF - In-vitro-Fertilisation
 - 3.2 GIFT - Gamete Intra Fallopian Transfer
 - 3.3 Homologe Insemination
 - 3.4 ICSI - Intracytoplasmatische Spermieninjektion

4. Richtlinien über künstliche Befruchtung
5. "Gewollte" Kinderlosigkeit - Rechtsprechung
6. Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe

1. Allgemeines

Der Anspruch auf Herbeiführung einer Schwangerschaft besteht für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; er besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40., und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben.

Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Die Krankenkasse übernimmt 50 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden. Die hälftige Kostentragung gilt auch für die diesbezügliche Arzneimittelversorgung.

Die Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft müssen aus ärztlicher Sicht erforderlich sein. Diese Erforderlichkeit ist gegeben, wenn herkömmliche Behandlungsmaßnahmen (z.B. alleinige hormonelle Stimulation, Fertilisationsoperation) nicht (mehr) Erfolg versprechend sind.

Die Leistung nach § 27a SGB V erhalten ausschließlich Ehepaare und nur im homologen System. Das bedeutet, dass lediglich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden dürfen. Raum für eine ausweitungsfähige Analogie der Vorschrift zugunsten nichtehelicher Lebensgemeinschaften besteht nicht. Die Krankenkasse ist nur für diejenigen Leistungen zuständig, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden. Hierzu gehören i.R.d. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ggf. erforderliche Leistungen beim Ehegatten des Versicherten nicht, wenn dieser nicht bei derselben Krankenkasse versichert ist. Für die Maßnahmen im Zusammenhang mit der (ggf.) Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, ggf. einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens, sowie für den HIV-Test beim Ehemann ist die Krankenkasse des Ehemannes leistungspflichtig. Für die allgemeine Beratung des Ehepaares sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen ist die Krankenkasse der Ehefrau zuständig. Für die Beratung des Ehepaares hinsichtlich der intracytoplasmatischen Spermieninjektion und die ggf. in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung ist die Krankenkasse des Ehemannes zuständig.

Die Leistungspflicht der Krankenkassen besteht nicht für Maßnahmen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen - wie etwa die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen.

Soweit Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft als Krankenbehandlung nach § 27 SGB V anzusehen sind (z.B. chirurgische Eingriffe, Verordnung von Medikamenten, psychotherapeutische Behandlung), findet § 27a SGB V keine Anwendung.

2. Anzahl der Therapieversuche

Ein Anspruch auf Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft besteht nur dann, wenn nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; bei ohne vorhergegangenen Stimulationsverfahren durchgeführten Maßnahmen besteht eine hinreichende Aussicht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen sind im Übrigen in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu finden (§ 27a Abs. 4 SGB V).

Die Begrenzung auf drei Therapieversuche gilt nicht für Inseminationen, die ohne vorherige Anwendung eines hormonellen Stimulationsverfahrens durchgeführt werden. Für diese Fälle richtet sich die Höchstzahl von Versuchen ausschließlich nach den Vorgaben in den Richtlinien über künstliche Befruchtung .

Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung dürfen nur durchgeführt werden, wenn hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Eine

hinreichende Erfolgsaussicht besteht für die jeweiligen Behandlungsmaßnahmen dann nicht, wenn sie,

- bei der Insemination im Spontanzklus bis zu achtmal,
- bei der Insemination nach hormoneller Stimulation bis zu dreimal,
- bei der In-vitro-Fertilisation bis zu dreimal,
- beim intratubaren Gameten-Transfer bis zu zweimal,
- bei der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion bis zu dreimal,

vollständig durchgeführt wurden, ohne dass eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten ist. Sofern eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten ist, ohne dass es nachfolgend zur Geburt eines Kindes gekommen ist, wird dieser Behandlungsversuch nicht auf die vorstehende Anzahl angerechnet. Ein Folgebehandlungsplan muss die Art und die Anzahl der bisher ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft durchgeführten Maßnahmen einer künstlichen Befruchtung enthalten.

Nach Ziffer 8 Satz 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung besteht nach Geburt eines Kindes - sofern die sonstigen Voraussetzungen nach den Richtlinien zur künstlichen Befruchtung gegeben sind - innerhalb der jeweiligen zulässigen Höchstzahl von erfolglosen Versuchen erneut ein Anspruch auf diese Maßnahmen. Dabei werden die der Geburt vorangegangenen Behandlungsversuche nicht auf die vorstehende Anzahl der Versuche angerechnet. Die "Zurücksetzung des Zählers auf null" soll nach der Geburt eines Kindes i.S.d. Personenstandsgesetzes (PStG) bzw. der Personenstandsverordnung erfolgen. Als Geburt i.S.d. Richtlinien gilt die Lebend- oder Totgeburt gem. § 31 Personenstandsverordnung; dazu zählen insbesondere Fehlgeburten.

Das Bundessozialgericht zitiert in seiner Begründung des Urteils vom 25.06.2009 - B 1 KR 9/08 R unter der Randziffer 12 die Ziffer 2 der "Richtlinien über künstliche Befruchtung" und führt weiter aus, dass "zu diesen Voraussetzungen auch gehört, dass die Zahl von drei erfolglosen Behandlungszyklen (noch) nicht erreicht ist."

Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation als auch für Maßnahmen zum intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, dürfen die betreffenden Maßnahmen grundsätzlich nur alternativ, d.h. entweder die Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation oder die Maßnahmen zum intratubaren Gameten-Transfer, durchgeführt werden. In-vitro-Fertilisation und intracytoplasmatische Spermieninjektion dürfen aufgrund der differenzierten Indikationsstellung ebenso nur alternativ angewandt werden. Medizinisch begründete Ausnahmen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.

3. Methoden der künstlichen Befruchtung

3.1 IVF - In-vitro-Fertilisation

Die aus der hormonellen Stimulation gewonnenen reifen Eibläschen werden entnommen (entweder über den durch Ultraschall kontrollierten Weg der Scheide oder laparoskopisch) und mit dem durch Masturbation gewonnenen Sperma des Mannes auf einem Nährboden in einer Glasschale zusammengebracht. 48 Stunden später wird der so entstandene Embryo in die Gebärmutter oder die Eileiter reimplantiert. Es muss vorher eine Verschmelzung von Ei und Samenzelle und mindestens eine Zellteilung stattgefunden haben.

3.2 GIFT - Gamete Intra Fallopian Transfer

Voraussetzung ist die Durchgängigkeit mindestens eines Eileiters. Durch Laparoskopie werden Eizellen entnommen, befruchtet und wieder im Eileiter deponiert.

3.3 Homologe Insemination

Bei der Insemination wird der normale Weg, den das Sperma normalerweise zurücklegen muss, verkürzt. Der frisch produzierte Samen des Mannes wird in die Scheide, direkt in die Gebärmutter oder in die Eileiter gespritzt. Es kann eine hormonelle Stimulation erfolgen, sonst wird die Zeit des Eisprungs durch Hormontests bestimmt.

3.4 ICSI - Intracytoplasmatische Spermieninjektion

Wissenschaftler haben eine besondere Methode - die intracytoplasmatische Spermajektion (ICSI-Methode) - zur künstlichen Befruchtung (Künstliche Befruchtung - ICSI) entwickelt. Dieses Verfahren kann vor allem Männern helfen, die infolge zu geringer Spermienproduktion nicht in der Lage sind, ein Kind zu zeugen.

Bei dieser Methode wird durch eine Injektionsnadel die äußere Eihülle durchstoßen und das Spermium direkt in die Eizelle eingebracht. Die Durchführung der ICSI ist auch möglich, wenn die Spermien unbeweglich oder missgebildet sind, sodass sie auf normalem Weg nicht in die Eizelle eindringen können.

4. Richtlinien über künstliche Befruchtung

Aufgrund der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vorgenommenen Änderungen des § 27a SGB V hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen am 01.12.2003 Anpassungen der Richtlinien über künstliche Befruchtung verabschiedet (KünstlBefrRL). Diese wurden am 16.03.2017 zuletzt, veröffentlicht im BANZ 2017 AT 01.06.2017 B4, in Kraft getreten am 02.06.2017.

Die Verpflichtung der Krankenkassen zur Genehmigung des Behandlungsplans entbindet die Ärzte nicht von ihrer Verpflichtung, die Vorgaben der Richtlinien über künstliche Befruchtung zu beachten und entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot die im Einzelfall unter Berücksichtigung der jeweiligen Indikation ausreichende und notwendige Methode zu wählen. Gleiches gilt hinsichtlich der Auswahl des ggf. erforderlichen Arzneimittels zur hormonellen Stimulation der Frau. Bei Vorlage eines Behandlungsplans kann die Krankenkasse daher grundsätzlich davon ausgehen, dass die erforderliche(n) Beratung(en) des Ehepartners stattgefunden haben und die in den Richtlinien definierten medizinischen Voraussetzungen für die gewählte Methode vorliegen sowie das ggf. zur hormonellen Stimulation der Frau erforderliche Arzneimittel unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ausgewählt wurde. Der Krankenkasse bleibt es aber unbenommen, vom Arzt geeignete Unterlagen zur Prüfung - ggf. auch unter Einschaltung des medizinischen Dienstes - anzufordern.

Die Einschränkung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse auf 50 % der Kosten gilt auch für die zur hormonellen Stimulation der Frau erforderlichen Arzneimittel.

Sind beide Ehepartner gesetzlich krankenversichert, ist der Behandlungsplan sowohl der Krankenkasse der Frau als auch der des Mannes zur Genehmigung vorzulegen. Ist nur ein Ehepartner gesetzlich krankenversichert, sind die extrakorporalen Maßnahmen sowie die Beratungen nach Nr. 14 bzw. 16 der Richtlinien dem gesetzlich versicherten Ehepartner zuzuordnen und die dafür entstehenden Kosten von dessen Krankenkasse zu tragen. Zukünftig sollen die extrakorporalen Leistungen und Beratungen auch dann nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet werden können, wenn einer der Ehepartner nicht gesetzlich krankenversichert ist.

In der GKV wird also das sog. körperbezogene Prinzip und nicht das sog. Verursacherprinzip angewendet. Die Kosten der Behandlung werden also jeweils von der Krankenkasse des Ehepartners bezahlt, an dessen Körper die jeweilige Behandlungsmaßnahme durchgeführt wird. Da die sog. extrakorporalen Leistungen keinem bestimmten Ehepartner zugeordnet werden können, soll auch in den Fällen, in denen nur ein Ehepartner gesetzlich versichert ist, immer seine Krankenkasse die Kosten dafür übernehmen. Entgegen dieser Auffassung hat der BGH, 03.03.2004 - IV ZR 25/03, festgestellt, dass für die private Krankenversicherung das Verursacherprinzip gilt. Dementsprechend wurde das private Krankenversicherungsunternehmen eines zeugungsunfähigen, privat versicherten Mannes zur Übernahme sämtlicher Kosten einer Maßnahme der künstlichen Befruchtung verpflichtet. Die Krankenkassen-Spitzenverbände halten trotz dieses Urteils mehrheitlich an der körperbezogenen Beurteilung fest.

Aus dem Wortlaut der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung kann geschlossen werden, dass die einzelnen Methoden mit der jeweils zulässigen Höchstzahl grundsätzlich additiv angewandt werden dürfen. Ausdrücklich bestimmt ist lediglich, dass intratubarer Gametentransfer und IVF sowie IVF und ICSI nur alternativ, vorbehaltlich evtl. Ausnahmegenehmigungen der Krankenkasse, angewandt werden können.

Das bedeutet, dass nach dem geltenden Richtlinien text von der Insemination im Spontanzyklus und der Insemination nach hormoneller Stimulation auch nach acht bzw. drei erfolglosen Versuchen zusätzlich auf eine andere Methode mit der für diese vorgegebenen Höchstversuchszahl ohne Anrechnung der Versuche

mit der zunächst angewandten Methode gewechselt werden kann und bei einem Wechsel zwischen intratubarem Gametentransfer und IVF bzw. zwischen IVF und ICSI die Anzahl der Versuche mit der zunächst angewandten Methode auf die Höchstzahl der Versuche mit der anderen Methode anzurechnen ist.

Zur Beurteilung, ob eine medizinisch begründete Ausnahme zum Wechsel zwischen intratubarem Gametentransfer und IVF bzw. zwischen IVF und ICSI vorliegt, sollte in der Regel der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eingeschaltet werden.

Behandlungsplan

In den Richtlinien über künstliche Befruchtung ist als Anlage 1 ein Behandlungsplan enthalten. Dieser enthält folgende Punkte:

I. Indikation(en) gem. Nr. 11.1 bis Nr. 11.5 II. Geplante Behandlungsmaßnahme:

- Insemination im Spontanzzyklus (gem. Nr. 10.1)
- Insemination nach hormoneller Stimulation (gem. Nr. 10.2)
- In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gem. Nr. 10.3)
- Intratubarer-Gameten-Transfer (gem. Nr. 10.4)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gem. Nr. 10.5)
- Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen nach Nr. 10.1 bis Nr. 10.5

III. Kostenschätzung:

- Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen
- Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)

IV. Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

5. "Gewollte" Kinderlosigkeit - Rechtsprechung

Das Bundessozialgericht (BSG, 21.06.2005 - B 8 KN 1/04 KR R) hatte einen Fall zu entscheiden, bei dem ein Ehepaar einen Anspruch auf künstliche Befruchtung zulasten der Krankenkasse einforderte, obwohl sich ein Ehepartner hatte sterilisieren lassen.

Das BSG wies die Klage der Versicherten ab und schloss sich damit der Rechtsprechung des 1. Senats des Bundessozialgerichts (BSG, 22.03.2005 - B 1 KR 11/03 R) an, dass ein Anspruch auf Leistungen zur künstlichen Befruchtung nur bei "ungewollter" Kinderlosigkeit gegeben ist. Die Richtlinien des Bundesausschusses geben insoweit nur eine Einschränkung wieder, die zwar in § 27a SGB V nicht ausdrücklich aufgeführt ist, aber dem systematischen Zusammenhang dieser Norm im Gesetz entspricht. Eine frühere Sterilisation eines Ehepartners führt nur dann zu einer ungewollten Kinderlosigkeit der Ehegatten, wenn sie zur Behandlung einer Krankheit notwendig oder erforderlich war, um die Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit wegen eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes zuverlässig und dauerhaft zu beseitigen.

6. Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe

Der neu eingefügte § 27a Abs. 4 SGB V räumt Versicherten einen Anspruch auf Maßnahmen der Kryokonservierung ein, wenn aufgrund einer Erkrankung und deren Behandlung mittels keimzellschädigender Therapie die Gefahr der Unfruchtbarkeit besteht und deshalb eine Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe erforderlich erscheint, um eine zukünftige künstliche Befruchtung mit Hilfe dieser kryokonservierten Ei- oder Samenzellen oder des kryokonservierten Keimzellgewebes zu ermöglichen. Beim Keimzellgewebe handelt es sich um Hodengewebe des Mannes oder Ovarialgewebe der Frau. Unter Kryokonservierung versteht man das Tiefgefrieren von Körperzellen in flüssigem Stickstoff.

Die zur Kryokonservierung dazugehörigen medizinischen Maßnahmen umfassen die Entnahme, Aufbereitung, Einfrieren, Lagerung und Auftauen von Ei- und Samenzellen sowie Keimzellgewebe. Die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen werden in den Richtlinien

des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ("Richtlinien über künstliche Befruchtung") bestimmt.

Leistungsumfang

Der Leistungsanspruch umfasst die volle Übernahme der Kosten der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen medizinischen Maßnahmen (insbesondere die Entnahme, Aufbereitung, Lagerung und ein späteres Auftauen) im Rahmen des Sachleistungsprinzips.

Übergangsfälle

Die Vorschrift legt fest, unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf Maßnahmen der Kryokonservierung geltend gemacht werden kann. Eine Übergangsregelung für Fallgestaltungen, in denen Versicherte aufgrund einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie ihre Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe bereits vor der Gesetzesänderung haben kryokonservieren lassen, enthält die gesetzliche Regelung nicht.

Da insoweit auch keine Stichtagsregelung vorgesehen ist, ist davon auszugehen, dass der Leistungsanspruch auch in diesen Bestandsfällen bestehen soll. Von daher besteht in diesen Fällen unabhängig von einem vor dem Inkrafttreten des TSVG liegenden Zeitpunkt der Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie ab dem Zeitpunkt ein Anspruch auf Übernahme der weiteren Kosten für die Teilleistungen der Lagerung und des Auftauens der Ei- oder Samenzellen oder des Keimzellgewebes, zu dem die grundsätzlichen Voraussetzungen für einen Sachleistungsanspruch in Bezug auf Maßnahmen der Kryokonservierung vorliegen und sofern und solange die persönlichen Voraussetzungen (s. Punkt 2) für die Kostenübernahme dieser Maßnahmen erfüllt sind. Entsprechende Leistungen werden auf Antrag gewährt. Dem Antrag ist eine ärztliche Bescheinigung beizufügen, aus der hervorgeht, dass die Kryokonservierung aufgrund einer keimzellschädigenden Therapie mit Risiko der Infertilität erfolgte.