

Künstliche Befruchtung - ICSI

Normen

§ 27a SGB V , 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

Kurzinfo

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

Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach den Richtlinien über die künstliche Befruchtung 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.

Die intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI-Methode) zur künstlichen Befruchtung ist ein Verfahren, dass vor allem Männern helfen kann, 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 Sperma direkt in die Eizelle eingebracht. Die Durchführung der ICSI ist somit auch möglich, wenn die Spermien unbeweglich oder missgebildet sind, sodass sie auf normalem Weg nicht in die Eizelle eindringen können. Als medizinische Indikation für die ICSI-Methode gilt eine männliche Fertilitätsstörung, die durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von zwölf Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermias bestimmte in Pkt. 11.5 in den Richtlinien über künstliche Befruchtung (KünstlBefrRL) aufgeführte Grenzwerte unterschreiten, nachgewiesen wird.

Vor einer intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) hat der durchführende Arzt das Ehepaar über die speziellen, auch genetischen Risiken und mögliche Fehlbildungen des Kindes aufzuklären. Hierbei hat der Arzt das Paar auch über den Anspruch auf humangenetische Beratung und ggf. Untersuchung vor der intracytoplasmatischen Spermieninjektion zu informieren. Das Gespräch ist in geeigneter Weise zu dokumentieren. Lehnt das Paar eine humangenetische Beratung ab, ist dies ebenfalls zu dokumentieren. Für diese Beratung des Ehepaares ist die Krankenkasse des Ehemannes zuständig.

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. Einzelne Krankenkassen übernehmen auch 100 % der Kosten, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner bei dieser Krankenkasse versichert sind.

Information

Inhaltsübersicht

1. Anzahl der Therapieversuche
2. Ehepaare, von denen nur ein Ehepartner gesetzlich versichert ist

1. 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).

Der Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung ist auf generell drei Versuche begrenzt. Dies gilt auch für die ICSI-Behandlung. Außerdem bestehen Altersgrenzen, denn der Anspruch besteht nur 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. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 25.06.2009 - B 3 KR 9/08 R entschieden, dass die Begrenzung auf drei Versuche verfassungsmäßig nicht zu beanstanden ist.

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. Nach 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. 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.

Ein Folgebehandlungsplan muss die Art und die Anzahl bisher ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft durchgeführten Maßnahmen einer künstlichen Befruchtung enthalten.

In-vitro-Fertilisation und intracytoplasmatische Spermieninjektion dürfen aufgrund der differenzierten Indikationsstellung nur alternativ angewandt werden. Medizinisch begründete Ausnahmen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.

2. Ehepaare, von denen nur ein Ehepartner gesetzlich versichert ist

Mit Urteil vom 22.03.2005 - B1 KR 11/03 R sowie in dem am selben Tag ergangenen Beschluss - B1 KR 32/03 R hat sich das Bundessozialgericht erneut zur Frage des Umfangs des Anspruchs auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung bei Ehepaaren, von denen nur einer gesetzlich krankenversichert ist, geäußert.

Es entschied im Wesentlichen:

1. Der Anspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung ist auf die am bzw. im Körper des gesetzlich krankenversicherten Ehepartners durchzuführenden sowie die extrakorporalen Maßnahmen beschränkt.
2. Der Anspruch des gesetzlich krankenversicherten Ehepartners kann nicht mit dem Hinweis auf ebenfalls bestehende Ansprüche aus der privaten Krankenversicherung zurückgewiesen werden. Der

Ausschluss einer Überversorgung der Ehegatten durch eine Kumulation von Leistungsansprüchen gegen Träger der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung ist zwischen den beteiligten Kostenträgern zu vereinbaren bzw. durch gesetzliche Vorgaben zu regeln.

Das BSG bestätigte seine Entscheidung vom 03.04.2001 (BSG, 03.04.2001 - B 1 KR 22/00 R) und die daraufhin von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vertretene Auffassung, dass in Fällen, in denen nur ein Ehepartner gesetzlich krankenversichert ist, neben den am Körper des gesetzlich versicherten Ehepartners durchgeführten Maßnahmen auch die extrakorporalen Maßnahmen sowie die Beratungen nach Nr. 14 bzw. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung dem gesetzlich versicherten Ehepartner zuzuordnen und die dafür entstehenden Kosten von dessen gesetzlicher Krankenkasse zu tragen sind (sog. körperbezogene Beurteilung).