

Kostenübernahme bei Kinderwunschbehandlung

Art und Umfang der Kostenübernahme bei einer Kinderwunschbehandlung hängen maßgeblich davon ab, ob eine private oder eine gesetzliche Krankenversicherung besteht.

1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden bei ungewollter Kinderlosigkeit eines verheirateten Paares die Kosten für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nur bis zu einer Höhe von 50% übernommen (Eigenanteil). Darüber hinaus übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung nur die Kosten für Behandlungen am Körper der versicherten Person (Körperprinzip).

a) Rechtliche Grundlage des Anspruchs gegen die GKV

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt das Prinzip der Sachleistung. Dem Patienten steht gegenüber seiner Krankenkasse ein Anspruch auf die medizinisch notwendige Heilbehandlung zu. Diesen erfüllen die gesetzlichen Krankenkassen im ambulanten Bereich durch sog. Vertragsärzte (niedergelassene Ärzte, die zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen sind). Der gesetzlich versicherte Patient erhält die medizinisch notwendige Heilbehandlung damit nicht über einen direkten Behandlungsvertrag mit dem Arzt. Vielmehr stellt die gesetzliche Krankenkasse ihm über die Vertragsärzte die medizinisch notwendige Behandlung bereit.

Für den Bereich der künstlichen Befruchtung ergibt sich der Anspruch des gesetzlich versicherten Patienten gegenüber seiner Krankenkasse aus § 27 a SGB V und „umfasst medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft“. Der Gesetzgeber knüpft dabei nicht – wie sonst - an eine „Krankheit“, d.h. einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand des Versicherten an. Vielmehr begründet die Unfähigkeit des Ehepaares, auf natürlichem Wege ein Kind zu zeugen, den Versicherungsfall und damit die Notwendigkeit einer künstlichen Befruchtung. Es kommt damit nicht auf die Frage an, ob die Frau unfruchtbar bzw. der Mann zeugungsunfähig ist, also wo die Ursache für die ungewollte Kinderlosigkeit liegt. Entscheidend ist allein die Unfruchtbarkeit des Ehepaares insgesamt.

b) Voraussetzungen der Kostenübernahme

Die Kosten für medizinische Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung können bei gesetzlich versicherten Patienten jedoch nur dann übernommen werden, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die Maßnahmen müssen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sein.
- Nach ärztlicher Feststellung muss eine hinreichende Aussicht bestehen, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.
- Die Kinderwunschpatienten müssen miteinander verheiratet sein und das 25. Lebensjahr vollendet haben. Der Anspruch besteht nicht mehr für weibliche Versicherte, die 40 Jahre, und männliche Versicherte, die 50 Jahre alt sind.
- Es dürfen ausschließlich Ei- und Spermazellen der Ehepartner verwendet werden.

c) Umfang der Kostenübernahme

Die Kosten für die Diagnostik der ungewollten Kinderlosigkeit werden von den Krankenkassen ohne Einschränkung übernommen. Dazu gehören die ersten Schritte einer Kinderwunschbehandlung - einschließlich der ersten Gespräche, Informationen und Untersuchungen.

Die medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft im Sinne des § 27 a SGB V (künstliche Befruchtung) werden dagegen seit dem 01.01.2004 bei gesetzlich versicherten Patienten nur noch eingeschränkt übernommen.

Von der gesetzlichen Krankenversicherung werden gemäß dem dort geltenden „Körperprinzip“ zunächst nur diejenigen Leistungen übernommen, welche an der Person des Versicherten durchgeführt werden.

Bei einer Insemination, einer IVF- bzw. einer ICSI-Behandlung müssen die Patienten zudem grundsätzlich eine Eigenleistung in Höhe von 50 % der entstehenden Kosten (Medikamente, Arzthonorar und Laborkosten) erbringen.

Darüber hinaus ist die Anzahl der Behandlungen, bei denen die Kosten durch die Krankenversicherung (anteilig) übernommen werden, beschränkt:

- bei einer Insemination ohne Hormonbehandlung – max. 8 Behandlungen,
- bei einer Insemination im stimulierten Zyklus – max. 3 Behandlungen,
- bei einer IVF- oder ICSI-Behandlung – insgesamt max. 3 Behandlungen.

d) Behandlungsplan

Vor Beginn der Kinderwunschbehandlung muss bei der gesetzlichen Krankenversicherung ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorgelegt werden, welcher die voraussichtlich entstehenden Kosten der Behandlung ausweist.

2. Private Krankenversicherung (PKV)

Die private Krankenversicherung übernimmt demgegenüber die vollen Kosten einer Kinderwunschbehandlung ohne Eigenanteil und auch am Körper des Partners – es sei denn es ergeben sich abweichende Regelungen aus dem Krankenversicherungsvertrag. Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung ist allerdings Voraussetzung für eine Kostenerstattung, dass der versicherte Partner nachweislich "krank" ist, bei ihm also eine körperlich bedingte Sterilität vorliegt und diese die Ursache für die Kinderlosigkeit bildet (Verursacherprinzip).

a) Rechtliche Grundlage des Anspruchs gegen die PKV

Für privat versicherte Patienten ergibt sich der Anspruch auf Übernahme der Kosten einer Kinderwunschbehandlung aus dem Krankenversicherungsvertrag. Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung wird die medizinisch notwendige Heilbehandlung nicht als Sachleistung durch die Vertragsärzte der Krankenkasse

erbracht. Der privat versicherte Patient schließt vielmehr einen direkten Behandlungsvertrag mit dem jeweiligen Arzt ab und ist aufgrund dieses Vertrages (zunächst) selbst zur Zahlung des ärztlichen Honorars verpflichtet. Die private Krankenversicherung erstattet dem Patienten lediglich die Behandlungskosten, soweit diese vom Umfang des Versicherungsvertrages umfasst sind.

b) Das Verursacherprinzip in der PKV

Im Rahmen der privaten Krankenversicherung existiert kein besonderer Versicherungsfall für die Künstliche Befruchtung wie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dementsprechend reicht die ungewollte Kinderlosigkeit des Paares nicht aus. Es kommt für die Übernahme der Kosten einer Kinderwunschbehandlung durch die private Krankenversicherung vielmehr darauf an, ob gerade bei dem privat versicherten Patienten eine „Krankheit“ vorliegt (Verursacherprinzip). Nicht die Kinderlosigkeit des Paares an sich, sondern die auf körperlichen Ursachen beruhende Unfähigkeit des privat versicherten Patienten, auf natürlichem Wege Kinder zu zeugen, löst damit den Versicherungsfall und die Pflicht der privaten Krankenversicherung zur Übernahme der Kosten aus.

Aufgrund dieses in der privaten Krankenversicherung geltenden Verursacherprinzips muss daher für eine Kostenübernahme geklärt werden, wer Verursacher der ungewollten Kinderlosigkeit ist. Der privat versicherte Patient trägt gegenüber seiner Krankenversicherung die Beweislast dafür, dass er „krank“ und damit „Verursacher“ der Kinderlosigkeit ist. Gelingt ihm dieser Beweis nicht und bleibt etwa ungeklärt, ob die Kinderlosigkeit auf einer Sterilität des versicherten Patienten oder seines Partners beruht, so ist ein Anspruch auf Kostenersatz gegenüber der privaten Krankenversicherung nicht durchsetzbar.

c) Weitere Voraussetzungen für die Kostenübernahme

Neben der „Krankheit“ des privat versicherten Patienten müssen weitere Voraussetzungen für eine Kostenübernahme erfüllt sein. Diese sind jedoch nicht so klar gesetzlich geregelt, wie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Demzufolge besteht in der Praxis häufig Streit über Art und Umfang der einzelnen Voraussetzungen.

Umstritten ist etwa nach wie vor die Frage, ob ein Anspruch gegenüber der privaten Krankenversicherung ebenfalls voraussetzt, dass die Partner *verheiratet* sind. Die Versicherungsverträge sehen eine solche Voraussetzung zwar grundsätzlich nicht vor, die Krankenkassen berufen sich jedoch regelmäßig bei unverheirateten Paaren auf diese angebliche Voraussetzung. Weitere Fragen stellen sich etwa im Hinblick auf die „*Altersgrenze*“ der Frau.

d) Umfang der Kostenübernahme

Anders als die gesetzliche Krankenversicherung hat die private Krankenkasse grundsätzlich sämtliche Aufwendungen für die Kinderwunschbehandlung zu übernehmen. Die Patienten müssen weder einen Eigenanteil (ungeachtet einer etwaig im Versicherungsvertrag vereinbarten Selbstbeteiligung) übernehmen, noch ist der Umfang der Behandlung auf Maßnahmen am Körper der versicherten Person beschränkt. Die private Krankenversicherung muss demnach auch die Kosten für notwendige Behandlungen am Körper des Ehegatten und „extrakorporale Maßnahmen“ (z.B.: Labormaßnahmen bei einer ICSI-Behandlung) erstatten.

Eine feste Anzahl von Versuchen, bei denen die private Krankenversicherung die Kosten übernehmen muss, existiert ebenfalls nicht. Aus dem auch im privaten Versicherungsverhältnis geltenden Grundsatz von Treu

und Glauben leiten die Gerichte jedoch eine Begrenzung des Kostenerstattungsanspruches ab (Höchstbelastungsgrenze).

3. Gemischte Versicherungsverhältnisse

Beim Zusammentreffen der unterschiedlichen Krankenversicherungssysteme treten häufig Probleme und Lücken im Versicherungsschutz auf:

GKV / GKV

Sind beide Ehepartner gesetzlich krankenversichert, so hat grundsätzlich jeder einen eigenen Anspruch gegen seine Krankenversicherung auf Übernahme der Kosten für die Behandlungen, welche an seinem Körper vorgenommen werden - unter den Voraussetzungen und Einschränkungen des § 27 a SGB V (insbesondere Eigenanteil in Höhe von 50%).

PKV / PKV

Sind beide Partner privat krankenversichert, so richtet sich der Anspruch ausschließlich gegen die private Krankenversicherung, deren Versicherungsnehmer nachweislich fortpflanzungsunfähig ist. Der Anspruch des insoweit „kranken“ Versicherten erstreckt sich dabei auf sämtliche Maßnahmen, welche im Rahmen der Kinderwunschbehandlung medizinisch notwendig sind (auch Behandlungen am Körper des Ehepartners).

GKV / PKV

Komplexer und schwieriger wird die Situation bei sog. gemischten Versicherungsverhältnissen - wenn also ein Partner gesetzlich und der andere privat krankenversichert ist.

Hier sind im Wesentlichen drei Fälle zu unterscheiden:

a) Der gesetzlich versicherte Partner ist fortpflanzungsunfähig, der privat versicherte gesund

Der privat versicherte Partner hat aufgrund des Verursacherprinzips keinen Anspruch gegen seine private Krankenversicherung. Es besteht somit allein ein Anspruch auf Kostenerstattung gegen die gesetzliche Krankenversicherung des fortpflanzungsunfähigen Partners - unter den Voraussetzungen und Einschränkungen des § 27 a SGB V (insbesondere Eigenanteil in Höhe von 50%). Der Umfang des Anspruchs umfasst dabei auch die Übernahme der Kosten für „extrakorporale Maßnahmen“.

b) Der privat versicherte Partner ist fortpflanzungsunfähig, der gesetzlich versicherte gesund

In diesem Fall hat der privat versicherte Partner einen Anspruch auf Kostenerstattung gegen seine private Krankenversicherung, da bei ihm eine „Krankheit“ in Form der Fortpflanzungsunfähigkeit vorliegt (Verursacherprinzip). Der Anspruch umfasst die Übernahme sämtlicher Kosten der Kinderwunschbehandlung.

Daneben besteht auch ein Anspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung, da ja auch hier die Anspruchsvoraussetzung - „ungewollte Kinderlosigkeit“ - erfüllt ist. Wie diese Konkurrenz der Ansprüche recht-

lich aufzulösen ist, soll hier nicht im Einzelnen dargestellt worden. Wichtig und für Kinderwunschaare entscheidend ist, dass ein Anspruch auf volle Kostenübernahme für die Behandlung gegenüber der privaten Krankenversicherung in diesen Fällen besteht.

c) Der privat versicherte Partner und der gesetzlich versicherte sind fortpflanzungsunfähig

Auch in diesem Fall besteht ein Anspruch auf Übernahme der vollen Kosten gegenüber der privaten Krankenversicherung des „kranken“ Partners (vgl. Ausführungen zu Punkt 2).

4. Beihilfe

Die Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung sind gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 13 BhV grundsätzlich beihilfefähig, wobei die Regelung des § 27a SGB V (vgl. Ausführungen zur gesetzlichen Krankenversicherung) auch für Erstattung der Kosten durch die Beihilfestelle Anwendung findet.