

KOSTEN

Beide Ehepartner in der GKV

Für gesetzliche Krankenkassen gilt das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG vom 19-11-03, BGBl. 2003 Teil I Nr. 55 S. 2190, hier besonders § 27a) und die die Umsetzung des Gesetzes regelnden Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung - beides gültig ab 01-01-2004.

Darin sind folgende Voraussetzungen für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung als Kassenleistung gemäß den Richtlinien definiert:

- Das Paar muss miteinander verheiratet sein.
- Es besteht kein Anspruch, wenn beide Partner jünger als 25 Jahre oder die Frau 40 Jahre oder älter ist oder der Mann 50 Jahre oder älter ist. Wortlaut der Vorschrift: "..die das 25. Lebensjahr vollendet haben; der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben". Das bedeutet Leistungen für künstliche Befruchtungen frühestens ab dem 25. Geburtstag. Alterslimit der Frau ist der 40. Geburtstag. Alterslimit des Mannes ist der 50. Geburtstag.
- Nach einer Sterilisation einer der beiden Partner besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Leistungen zur medizinisch gestützten Befruchtung. Ausnahmen bedürfen der schriftlichen Genehmigung durch die Krankenkasse.
- Für die Insemination im Spontanzyklus (bis zu acht Zyklen), die Insemination mit Stimulation (bis zu drei Zyklen) und die IVF- oder ICSI-Behandlung (insgesamt bis zu drei Zyklen) übernimmt die gesetzliche Krankenkasse die Hälfte der Behandlungs- und Medikamentenkosten (50%), wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind und eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht. Bei zweimaliger IVF oder IVF+ICSI ohne Befruchtungen entfällt der Anspruch auf einen dritten Behandlungszyklus. Es gibt keine Ausnahme von dieser Regelung.
- Vor Beginn der Behandlung muss seitens der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse(n) ein schriftlicher Behandlungsplan/Kostenplan genehmigt werden.

- Nach Ablauf von zwölf Monaten muss wegen Zeitablauf ggf. ein neuer Behandlungsplan beantragt werden.

Die gesetzlich versicherten Paare müssen derzeit mit folgenden 50%-Eigenanteilen an der jeweiligen Behandlungsform rechnen. Diese Werte sind Durchschnittswerte und können im Einzelfall anders ausfallen.

Insemination im Spontanzyklus:

Ärztliche Leistungen ca. 70 Euro
 Medikamente ca. 50 Euro

Insemination mit Stimulation:

Ärztliche Leistungen ca. 90 Euro
 Medikamente ca. 490 Euro

IVF (in vitro-Fertilisation)

Ärztliche Leistungen ca. 650 Euro
 Medikamente ca. 870 Euro

ICSI (intracytoplasmatische Spermieninjektion)

Ärztliche Leistungen ca. 815 Euro
 Medikamente ca. 870 Euro

Man kann als Kinderwunschpaar nicht einfach selbst bestimmen, welche Behandlung man in Anspruch nehmen möchte.

Es sind nur ganz bestimmte medizinischen Gründe („Indikationen“) für die Durchführung der einzelnen Behandlungsarten zugelassen:

Insemination (Spontanzyklus)	somatische Ursachen
	gestörte Spermatozoen-Mucus-Interaktion

	Subfertilität des Mannes
	immunologisch bedingte Sterilität
Insemination (Stimulation)	Subfertilität des Mannes
	immunologisch bedingte Sterilität
IVF	Zustand nach Tubenamputation / Tubenentfernung
	anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss
	anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose
	idiopathische (unerklärbare) Sterilität einschließlich einer psychologischen Exploration, sofern alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind
	Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Inseminationen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind
	immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Inseminationen keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind
ICSI	männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens 12 Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermas folgende Grenzwerte - nach genau einer Form

	<p>der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) - unterschreiten.</p> <table border="0" data-bbox="430 357 1252 735"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Nativ</th> <th style="text-align: center;">swim up</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konzentration (Mio./ml)</td> <td style="text-align: center;">< 10</td> <td style="text-align: center;">< 5</td> </tr> <tr> <td>Gesamtmotilität (%)</td> <td style="text-align: center;">< 30</td> <td style="text-align: center;">< 50</td> </tr> <tr> <td>Progressivmotilität (WHO A in %)</td> <td style="text-align: center;">< 25</td> <td style="text-align: center;">< 40</td> </tr> <tr> <td>Normalformen (%)</td> <td style="text-align: center;">< 20</td> <td style="text-align: center;">< 20</td> </tr> </tbody> </table> <p>Sind nicht alle Kriterien gleichzeitig erfüllt, so ist das entscheidende Kriterium die Progressivmotilität. Sofern diese unter 15 % im Nativsperma oder unter 30 % im swim-up-Test liegt, so liegt eine Indikation für die intracytoplasmatische Spermieninjektion vor. Die Beurteilung des Spermas hat nach den gültigen WHO-Vorgaben zu erfolgen.</p>		Nativ	swim up	Konzentration (Mio./ml)	< 10	< 5	Gesamtmotilität (%)	< 30	< 50	Progressivmotilität (WHO A in %)	< 25	< 40	Normalformen (%)	< 20	< 20
	Nativ	swim up														
Konzentration (Mio./ml)	< 10	< 5														
Gesamtmotilität (%)	< 30	< 50														
Progressivmotilität (WHO A in %)	< 25	< 40														
Normalformen (%)	< 20	< 20														
ICSI	<p>totales Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer In-Vitro-Fertilisation.</p> <p>In diesem Fall kann in maximal zwei darauffolgenden Zyklen die intracytoplasmatische Spermieninjektion [Nummer 10.5] zur Anwendung kommen, auch wenn die Voraussetzungen nach Nummer 11.5 nicht vorliegen. Ein Methodenwechsel innerhalb eines IVF-Zyklus (sog. Rescue-ICSI) ist ausgeschlossen. [BAnz. Nr. 19 S. 375 vom 05.02.2008]</p>															

Bei der Abrechnung sind folgende Bestimmungen zu beachten:

Beschluss zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 3 SGB V

in der 74. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung):

Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe April 2002, Seite 181

Bekanntgabe der Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Deutsches Ärzteblatt, 99, Ausgabe 13 vom 29.03.2002, Seite A-880 / B-732 / C-685

Bekanntgabe der Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Sonderfall Bundeswehr

Ab sofort übernimmt der Bund bei Angehörigen der Bundeswehr Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Basis für die Abrechnung sind der EBM beziehungsweise die Richtlinien zur künstlichen Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bitte berücksichtigen Sie folgende Besonderheiten:

- Kostenübernahme

Die Bundeswehr übernimmt nur Kosten für Leistungen, die ihre Soldatinnen oder Soldaten selbst erhalten. Entstehende weitere Kosten, zum Beispiel für einen Partner, der gesetzlich krankenversichert ist, müssen von dessen Versicherung übernommen werden.

- Zuordnung der Leistungen

Für einen Soldaten übernimmt die Bundeswehr die Kosten für Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung (einschließlich Kapazitation) des männlichen Samens sowie für die unter 12.1 der Richtlinie künstliche Befruchtung genannten Laboruntersuchungen beim Mann. Auch die Beratung des Paares nach Nr. 16 der Richtlinie wird von der Bundeswehr bezahlt.

- Für eine Soldatin übernimmt die Bundeswehr die Kosten für die Beratung des Paares nach Nr. 14 der Richtlinie künstliche Befruchtung sowie für die

extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen.

- Im Gegensatz zu anderen GKV-Versicherten werden 100 Prozent der Kosten durch die Bundeswehr übernommen.
- HIV-Test: Im Einzelfall erforderliche HIV-Tests sind abrechnungsfähig.
- Einzelfallgenehmigungen: Für Maßnahmen, die über die künstliche Befruchtung hinaus gehen, etwa für die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen, benötigen Sie eine Einzelfallgenehmigung.
- Voraussetzung für die Behandlung von Soldatinnen und Soldaten ist die truppenärztliche Überweisung.

Ausnahmen in der GKV durch Förderung der Kinderwunschpaare auf Ebene einzelner Bundesländer

Bundesland Sachsen

Seit dem 01-03-09 werden beispielsweise in Sachsen der zweite, dritte und vierte IVF/ICSI-Behandlungsversuch für Paare, die beide gesetzlich versichert sind, finanziell gefördert. Die Voraussetzungen dafür entsprechen den Richtlinien der GKV. Der Hauptwohnsitz des Paares muss seit mindestens einem Jahr in Sachsen liegen und die Behandlung muss in einem in Sachsen zugelassenen Zentrum erfolgen.

Bundesland Niedersachsen

Die Richtlinie sieht vor, dass Bund und Land neben der 50%igen Kostenübernahme durch die Krankenkassen gemeinsam bis zu 50% des den Paaren nach Abrechnung der gesetzlichen (GKV) oder privaten Krankenkasse (PKV) sowie ggf. der Beihilfestelle/Freien Heilfürsorge verbleibenden Eigenanteils übernehmen. Der Eigenanteil betroffener Paare wird somit um die Hälfte reduziert. Abhängig von der Behandlungsmethode werden Zuwendungen bis zur Höhe von 800,00 € (IVF-Behandlung) bzw. 900,00 € (ICSI-Behandlung) gewährt. Diese Höchstsätze gelten jeweils für den ersten bis dritten Behandlungszyklus. Die Höchstsätze für einen vierten

Behandlungsversuch, hier erfolgt keine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung, betragen 1.600,00 € (IVF-Behandlung) und 1.800,00 € (ICSI-Behandlung). Bund und Land übernehmen auch hier gemeinsam bis zu 50% des den Paaren nach Abrechnung der privaten Krankenkasse sowie ggf. der Beihilfestelle verbleibenden Eigenanteils.

Jeder Behandlungsversuch ist gesondert zu beantragen.

Die Zuwendung kann gewährt werden, wenn die Eheleute Ihren Hauptwohnsitz in Niedersachsen haben und wenn das Alter der Frau zwischen dem vollendeten 25. und dem vollendeten 40. Lebensjahr und das Alter des Mannes zwischen dem vollendeten 25. und dem vollendeten 50. Lebensjahr liegt.

Die Behandlung muss in einer Reproduktionseinrichtung in Niedersachsen oder einem an Niedersachsen angrenzenden Bundesland durchgeführt werden. Die angrenzenden Bundesländer sind: Schleswig-Holstein, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Vor der Behandlung muss eine Beratung über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung durch einen Arzt erfolgt sein, der die Behandlung nicht selbst durchführt.

Ausnahmen in der GKV durch Förderung der Kinderwunschpaare auf Ebene einzelner gesetzlicher Krankenkassen.

Wie oben bereits erwähnt ist innerhalb der GKV eine Kostenübernahme von 50 % für maximal drei Versuche gesetzlich vorgeschrieben. Im Rahmen einer Zusatzleistung übernehmen einige Kassen auch den Eigenanteil der Versicherten anteilig bis vollständig.

Da sich aber die Konditionen der einzelnen Kassen ständig ändern haben wir aufgehört eine Liste mit den Zusatzleistungen anzubieten.

Dies lässt sich dann in einem persönlichen Gespräch besser erörtern.

Eine Übersicht gibt es unter:

www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/leistungen-gesetzliche-krankenkassen/geburt-kinder/kuenstliche-befruchtung/search-16.html

www.krankenkasseninfo.de/krankenkassentest-04-2014/zusaetzliche-leistungen-bei-schwangerschaft-geburt-kindern/erweiterter-anspruch-auf-kuenstliche-befruchtung-10

Beide (Ehe)- Partner sind in der PKV versichert

Die seit 01-04-04 gültigen neuen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen regeln die Behandlungsbedingungen für gesetzlich Krankenversicherte und sind nicht für Privatversicherte gültig. Einige Privatversicherer versuchen dennoch, diese Richtlinien auch bei ihren Versicherten anzuwenden. Insbesondere die Postbeamtenkrankenkasse will sich satzungsmäßig an die Regelungen des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen anhängen und die dortigen Begrenzungen übernehmen und wünscht u.a. die Vorlage eines Behandlungsplanes. Einen solchen Behandlungsplan wie für die gesetzlich Versicherten gibt es jedoch nicht. Es gelten für Postbeamte-B die vollen Privathonorare der GOÄ.

Die Rechtslage in der privaten Krankenversicherung oder im Beihilferecht unterscheidet sich wesentlich von derjenigen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Es gibt dort für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung in der Regel keine gesonderten Regelungen; sie können deshalb nur beansprucht werden, soweit sie sich als medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten bzw. beihilfeberechtigten Person wegen Krankheit darstellen.

Auf jeden Fall empfiehlt es sich, vor Behandlungsbeginn mit den Versicherungen Kontakt aufzunehmen.

In der Regel übernimmt die Versicherung der Frau die Kosten auf "weiblicher Seite" und die Versicherung des Mannes die Kosten auf "männlicher Seite".

Zur Erstellung der Rechnung wird die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) benutzt. Dabei werden die Empfehlungen vom Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie dem Bundesministerium des Innern zur Abrechnung reproduktionsmedizinischer Leistungen nach GOÄ beachtet.

Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 23 vom 10.06.2005, Seite A-1690 / B-1422 / C-1342 P 3, Ausgabe März 2004, Seite 142

Bekanntgabe der Herausgeber: Bundesärztekammer

Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 8 vom 20.02.2004, Seite A-526 / B-438 / C-430

Behandlungskostenerstattung bei IVF/ICSI in Deutschland – eine aktuelle Betrachtung

R. Nauert

J. REPRODUKTIONSMED. ENDOKRINOL. 4/2007 185-188

Kanzlei MESCHKAT & NAUERT, Gießen

ra.nauert@kanzlei-mn.de; www.kinderwunschanwalt.de

Prinzipiell gelten folgende Regelungen:

- Grundvoraussetzung der Erstattungsfähigkeit der Kosten gegenüber einer PKV ist die Erkrankung des Versicherungsnehmers („Verursacherprinzip“). Es gibt allerdings keine Unterscheidung in Haupt- oder Nebenverursachung. Wer erkrankt ist, erhält im versicherten Umfang die sich aus der Krankheit ergebenden Behandlungskosten erstattet, unabhängig davon, ob die Partnerin/der Partner ebenfalls erkrankt ist.
- Eine weitere Leistungsvoraussetzung der Kinderwunschbehandlung ist, dass diese eine Erfolgsaussicht von wenigstens 15 % aufweist. Solange diese Erfolgsaussicht gegeben ist, sind die Behandlungskosten zu erstatten. Es gibt keine pauschale Begrenzung auf eine bestimmte Anzahl von Versuchen. Von den Versicherern vorgenommene Pauschalbegrenzungen sind nicht statthaft.
- Es gibt keine Altersbegrenzung bei der Frau und beim Mann.
- Es gibt keine zwingende Notwendigkeit des Verheiratet-Seins.
- Es gibt keine Regelung, dass der Kinderwunsch nach der Geburt eines Kindes erfüllt zu sein hat.

- Es gibt keine Begrenzung der Erstattungsfähigkeit der zu behandelnden Eizellen pro Versuch. Eine solche Begrenzung lässt sich auch aus dem Embryonenschutzgesetz nicht herleiten. Die von vielen Versicherern pauschal vorgenommene Einschränkung auf fünf oder sechs Eizellen pro Versuch ist unzulässig.
- Die PKV hat ein Anrecht auf Übermittlung der wesentlichen medizinischen Daten, auch der Partnerin/des Partners, um die Notwendigkeit der Behandlung und die Erfolgsaussicht überprüfen zu können. Es besteht darüber hinaus keine Verpflichtung zur Übermittlung sonstiger Unterlagen aus dem Versicherungsverhältnis der Partnerin/des Partners. Dies betrifft sämtliche Korrespondenzen, Anträge und Bescheide.
- Es besteht gegenüber der eigenen PKV keine Verpflichtung, zusätzlich die Krankenversicherung der Partnerin/des Partners in Anspruch zu nehmen. Insbesondere kann man nicht gegen Obliegenheitspflichten verstoßen oder sein eigenes Versicherungsverhältnis gefährden, wenn man nur die eigene PKV und keine andere Versicherung für die Behandlungskosten in Anspruch nimmt.
- Die Leistungspflichten der PKV regeln sich ausschließlich unter zivilrechtlichen Gesichtspunkten. Die zuständigen Gerichte sind hier ausschließlich die Zivilgerichte mit dem BGH als oberste Instanz. Die Rechtsprechung der Sozialgerichte, insbesondere des Bundessozialgerichts (BSG), betrifft ausschließlich die GKV. Sie ist bedeutungslos für die Leistungspflichten der PKV.

Wichtig bei geplanter ICSI-Behandlung:

Ist der (Ehe)-Mann privat krankenversichert, so müssen die privaten Krankenversicherer in der Regel alle Kosten für eine IVF-Behandlung mit ICSI-Zusatzbehandlung und Medikamenten tragen, sofern der bei ihnen versicherte Partner der Leistungsverursacher ist und die Frau gesund ist.

Urteile zum Verursacherprinzip:

[OLG Frankfurt, NJW 1990, 2325 und BGH IV ZR 58/97]

Im Falle der privat krankenversicherten (Ehe-)Frau als Leistungsverursacherin gilt für die konventionelle IVF das Entsprechende.

Die Anzahl der IVF-Zyklen bei Privatversicherten darf nicht willkürlich auf drei bis vier Zyklen beschränkt werden. Wenn IVF die einzige mögliche medizinische Heilbehandlung zur Überwindung der Sterilität ist, sind bei deutlicher Erfolgsaussicht auch die Behandlungskosten für weitere Zyklen zu übernehmen.

[LG Stuttgart 17-01-97, AZ 19 O 667/96]

Der Retransfer wieder aufgetauter, befruchteter Eizellen nach Kryokonservierung wird in einigen Fällen als IVF-Zyklus gezählt.

Privatversicherer übernehmen in vielen Fällen mit wenig Widerspruch die Kosten für drei Behandlungszyklen IVF. Sie rechnen aber Retransferzyklen nach Kryokonservierung aus vorherigen IVF-Behandlungen voll als IVF-Zyklen an.

Da in diesen Zyklen verhältnismäßig geringe Medikamenten- und Behandlungskosten anfallen, muss das Paar selbst entscheiden, ob es diese Kosten selbst trägt.

Kryokonservierung von Samenzellen, Hodengewebe oder befruchteten oder unbefruchteten Eizellen fallen weder unter die Leistungspflicht der gesetzlichen noch der privaten Krankenkassen.

[Bundessozialgericht 22-03-05 B1 KR 11/03 R]

Wenn eine Fruchtbarkeitsstörung beim Ehemann auch z.B. durch eine Operation zu behandeln ist, wird eine ICSI-Behandlung in der Regel nicht erstattet.

Beihilfe

Die Beihilferegeln für privat versicherte Bundes- und Landesbeamte sind unterschiedlich und einem kontinuierlichen Wandel unterworfen. Das aktuell geltende und zu Grunde gelegte Verfahren muss jeder Beihilfe-Berechtigte für seine Person vor Behandlungsbeginn erfragen.

Grundsätzlich arbeiten die Beihilfen nach den gleichen Regelungen wie die GKV unter Berücksichtigung des Leistungsanspruchs nach dem Körperprinzip und den Regelungen des § 27a SGB V. Damit erhält der Beihilfeberechtigte bei Anspruch auch nur 50 % der beihilfefähigen Kosten erstattet.

Die Beihilfestellen folgen aber nicht mehr verlässlich diesen Vorgaben. Zum einen erhalten in einzelnen Bundesländern auch unverheiratete Beihilfeberechtigte Kosten erstattet („nachweislich auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft“).

In anderen Bundesländern (z.B. Schleswig-Holstein) schwenken die Beihilfen auf das bei der PKV zu Grunde gelegte Verursacherprinzip um und gleichen somit die Erstattungsmodalitäten an diejenigen der Privatversicherung an.

"Gemischtversicherte" Paare

Ist ein Partner gesetzlich versichert, der andere Partner privat versichert, beginnt generell eine meist komplizierte Kostenübernahme-Klärung.

Dabei ist entscheidend, wer der sog. "Verursacher" der ungewollten Kinderlosigkeit ist, denn das ist für die privaten Krankenversicherer entscheidend.

Alle Varianten und Konstellationen können hier nicht dargestellt werden und sind in einem persönlichen Gespräch zu klären.

Die versicherungsrechtlichen "Mischehen" sind Streitpunkt, weil viele private Versicherer ihre Leistungspflicht leugnen, bzw. durch Behauptung oder Nachweis einer Mitverursachung seitens der Partnerin oder des Partners den Leistungsbetrag zu mindern versuchen.

Hier herrscht nicht immer Rechtssicherheit. Insbesondere muss den rechtswidrigen Forderungen nach Vorlage von Befunden des Partners nicht zwingend Folge geleistet werden; dem Privatversicherten darf bei Auskunftsverweigerung kein Nachteil erwachsen.

Bei versicherungsrechtlichen Mischehen, in denen die Frau gesetzlich versichert und der privat versicherte Mann Leistungsverursacher ist, muss die private Kasse des Mannes sämtliche, auch die bei der Frau anfallenden Kosten der IVF/ ICSI-Behandlung tragen.

In seiner Urteilsbegründung vom 15-07-02 [AZ 9 U 22/02] schreibt beispielsweise das Hanseatische Oberlandesgericht:

"Unabhängig davon ist der Senat der Auffassung, dass es auf den Gesundheitszustand der Ehefrau des Klägers letztlich nicht ankommt, es vielmehr entscheidend ist, ob bereits der Gesundheitszustand des Klägers die IVF-Behandlung erfordert. Die auf Grund der Sterilität des Klägers notwendige ICSI-Behandlung ist ohne Durchführung einer IVF-Behandlung nicht möglich. Deshalb können die Kosten der IVF-Behandlung selbst dann nicht von denen der ICSI-Therapie des Klägers abgespalten werden, wenn auch bei der Frau Fertilitätsstörungen vorhanden wären."

Der Bundesgerichtshof sagt in seinem Urteil vom 03-04-04

[AZ IV ZR 25/03]:

"Die IVF bildet dabei zusammen mit der ICSI eine auf das Krankheitsbild des Klägers abgestimmte Gesamtbehandlung. Ohne die zur IVF zählende Eizellentnahme kann die Injektion der Spermien nicht durchgeführt werden. Sämtliche ärztliche Maßnahmen haben nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn eine befruchtete Eizelle in die Gebärmutter übertragen wird, um sich dort einzunisten. Erst danach lässt sich davon sprechen, dass die gestörte Körperfunktion eines unfruchtbaren Mannes beendet ist. Ohne die damit einhergehende Mitbehandlung der Frau wäre die Behandlung insgesamt sinnlos. Dass möglicherweise die Ehefrau des Klägers nach § 27a SGB V ebenfalls einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die IVF gegen ihren gesetzlichen Krankenversicherer hat, führt zu keiner Kürzung des vertraglichen Anspruchs des Klägers....."

Im vorliegenden Urteil waren keine fertilitätsrelevanten Einschränkungen bei der Frau vorliegend.

Sind jedoch zusätzlich fertilitätsrelevante Einschränkungen bei der Frau vorliegend, hat das LG Köln zur Anzahl der Versuche bei PKV-Versicherten am 18. Mai 2006 entschieden, dass die private Versicherung auch weitere Versuche voll übernehmen soll.

Geklagt hatte ein privat versicherter Mann, Verursacher der ICSI, dessen gesetzlich versicherte Frau ebenfalls eine Fertilitätseinschränkung aufwies. Die PKV wollte nur den Anteil des Mannes übernehmen. Das Gericht bezieht sich auf das BGH-Urteil 03.03.2004 und bestätigt den Anspruch des Mannes auf Übernahme sämtlicher Kosten für weitere Versuche, allerdings mit der Einschränkung: "solange die Erfolgsaussicht bei mindestens 15% liegt."

Info für unverheiratete Paare:

Am 28.02.2007 hat das Bundesverfassungsgericht das Urteil zur Kostenerstattung bei künstlichen Befruchtungsmaßnahmen unverheirateter Paare im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) gefällt. Danach bleiben weiterhin unverheiratete Paare von der Kostenerstattung ausgeschlossen.

Für den Bereich der privaten Krankenkassen (PKV) gilt dies jedoch nicht.

Problematische Konstellationen

Die folgenden Versicherungsbesonderheiten / Behandlungsindikationen sind in den Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/ Krankenkassen nicht berücksichtigt:

- Ehemann gesetzlich versichert, Ehefrau privat versichert, Ehemann Leistungsverursacher.
- Ehemann gesetzlich versichert, Ehefrau privat versichert, beide Leistungsverursacher. In diesem Fall gibt es gemäß Richtlinien überhaupt keinen Kostenträger, da die private Kasse der Frau nicht in der Pflicht steht.
- Verschiedene schwere Samenbildungsstörungen, die als Indikation von den Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen nicht erfasst werden, die aber ohne ICSI allein mit IVF nicht mit hinreichender oder gleichwertiger Erfolgsaussicht zu behandeln sind. Hier gesteht der Bundesausschuss als Behandlungsverfahren der männlichen Subfertilität nur die IVF zu.
z.B. sehr geringes Ejakulatvolumen.
z.B. 1 Mio. Spermien/ml, 40% Motilität WHO A.
- Akut am Punktionstag im IVF-Zyklus auftretende schwere Samenbildungsstörung oder Verschlechterung des Samenbefundes, weshalb die Durchführung von IVF keine hinreichende Befruchtungschance erwarten lässt (Notfall-ICSI).
- keine zufrieden stellende Befruchtung in bisherigem/bisherigen IVF-Zyklus/en
- Haben Sie mit IVF begonnen und verschlechtert sich ein schon mäßiger, aber noch nicht die ICSI-Indikation des Bundesausschusses treffender Samenbefund, kann nicht mit ICSI sondern nur mit IVF fortgefahren werden, auch wenn dies keine befriedigenden Erfolgsaussichten beinhaltet. In Ausnahmefällen kann der

Medizinische Dienst der Krankenkassen den Methodenwechsel auf Antrag genehmigen.

In einem Sozialgerichtsverfahren in Trier wurde die gesetzliche Kasse des Mannes dazu verurteilt, sämtliche Kosten zu übernehmen. Dabei hat sich das Sozialgericht an der erfolgten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs [IV ZR 25/03, 03-03-04] zur entgegengesetzten Konstellation Ehefrau gesetzlich versichert/Ehemann Leistungsverursacher und privat versichert, orientiert.

Das Urteil ist aber noch nicht rechtskräftig, da die beklagte Krankenkasse in Revision gegangen ist.

Können IVF/ ICSI-Leistungen nicht über den Krankenschein der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden oder erfolgt eine Behandlung nach Patientenwunsch, wird die Behandlung als Privatpatient abgerechnet. Die Rechnungsstellung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Behandlungskosten als steuerliche außergewöhnliche Belastung

Werden die Kosten eines Paares weder von der gesetzlichen noch von der privaten Krankenversicherung getragen, besteht grundsätzlich noch die Möglichkeit, diese Kosten als außergewöhnliche Belastung steuerlich geltend zu machen. Die umfangreiche Rechtsprechung der Finanzgerichte und des Bundesfinanzhofes (BFH) in Sachen Künstliche Befruchtung lässt allerdings keine pauschale Darstellung zu, sondern erfordert eine genaue Beurteilung des Einzelsachverhaltes.

Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung, die einem (Ehe)-Paar zu einem gemeinsamen Kind verhelfen sollen, das wegen Empfängnisunfähigkeit der Ehefrau sonst von ihrem Ehemann nicht gezeugt werden könnte (homologe künstliche Befruchtung), können außergewöhnliche Belastungen sein.

Aufwendungen für heterologe künstliche Befruchtungen mit Spendersamen sind ebenfalls als außergewöhnliche Belastungen abziehbar. Der BFH hat mit Urteil vom 16. Dezember 2010 (Az. VI R 43/10) unter Änderung seiner bisherigen Rechtsprechung entschieden, dass Aufwendungen eines Ehepaares für eine heterologe künstliche

Befruchtung als außergewöhnliche Belastungen nach § 33 Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes (EStG) abgezogen werden können.

In Niedersachsen wurde über die Kosten einer 44-jährigen Steuerpflichtigen, für die ein Erstattungsanspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung wegen Überschreitung der Altersgrenze ausfiel, entschieden. Diese können demnach als außergewöhnliche Belastung zu berücksichtigen sein (Niedersächsisches Finanzgericht, 20.10.2009, 15 K 495/08). Das Finanzgericht München ging sogar noch weiter mit seiner Entscheidung vom 20.05.2009, 10 K 2156/08: Danach können Aufwendungen einer 45jährigen für eine IVF als außergewöhnliche Belastung zu berücksichtigen sein, unabhängig davon, ob die Behandlungsmaßnahme sozialrechtlich oder zivilrechtlich in den Leistungskatalog der Krankenversicherung fällt.

Erfolgt die IVF nach einer gewollten Sterilisation infolge veränderter Lebensplanung, ist sie dagegen nicht als außergewöhnliche Belastung zu berücksichtigen (BFH, 03.03.2005, III R 68/03).

Jahrelang wurde bundesweit uneinheitlich entschieden, wie die Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einer nicht verheirateten Frau zu behandeln sind. Der BFH lehnte eine steuermindernde Berücksichtigung im Ergebnis ab, auch dann, wenn die Frau in einer festen Partnerschaft lebte (BFH, 28.07.2005, III R 30/03). Zwei Jahre später vollzog der Senat diesbezüglich eine 180-Grad-Wende: Angesichts der heutigen Akzeptanz nichtehelicher Lebensgemeinschaften und wirtschaftlicher Unabhängigkeit beruflich erfolgreicher Frauen sähen Paare ohne Kinder zunächst keinen Grund zur Eheschließung. Somit seien auch Aufwendungen einer nicht verheirateten Frau für eine IVF als außergewöhnliche Belastung abziehbar, wenn die Maßnahmen entsprechend den Richtlinien durchgeführt wurden (BFH, 10.05.2007, III R 47/05).

Sofern die Voraussetzungen zur Anerkennung der Kosten als außergewöhnliche Belastung i.S.d. § 33 EStG vorliegen, werden nicht die gesamten Kosten berücksichtigt, sondern nur der die sog. zumutbare Belastung übersteigende Teil der Kosten. Die Höhe der zumutbaren Belastung hängt vom Gesamtbetrag der Einkünfte, vom Familienstand und von der Anzahl der steuerlich zu berücksichtigen Kinder ab, kann aber anhand der Daten des Einzelfalls schon vor dem Entstehen der Aufwendungen überschlägig ermittelt werden. Da für die Berücksichtigung der außergewöhnlichen Belastungen das

sog. Abflussprinzip des § 11 EStG gilt, lässt sich durch Planung der Ausgaben die steuerliche Absetzbarkeit u. U. optimieren.