

Der Gynäkologe

Fortbildungsorgan der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Elektronischer Sonderdruck für E. Wehmeyer

Ein Service von Springer Medizin

Gynäkologe 2012 · 45:487–491 · DOI 10.1007/s00129-012-2983-z

© Springer-Verlag 2012

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

E. Wehmeyer

Kostenübernahme bei künstlicher Befruchtung

Eine Übersicht

Redaktion

E. Schumann, Göttingen
 H. G. Bender, Düsseldorf

E. Wehmeyer

Rechtsanwältin, Krankenhaussyndikus, Wehmeyer Rechtsanwälte Partnerschaft, Oberstdorf

Kostenübernahme bei künstlicher Befruchtung

Eine Übersicht

Immer häufiger greifen Paare mit Kinderwunsch auf die Möglichkeit der künstlichen Befruchtung zurück. Hintergrund dafür ist sicherlich auch, dass die Familienplanung oft in einem späteren Lebensabschnitt erfolgt und dadurch auch biologisch weniger Zeit zur Verfügung steht. Die Kosten für eine künstliche Befruchtung sind hoch. Unter bestimmten Voraussetzungen werden sie – zumindest teilweise – von der gesetzlichen oder privaten Krankenkasse übernommen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) übernimmt derzeit 50% der Kosten, wenn die sozialgesetzlichen Voraussetzungen nach § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorliegen. Die private Krankenversicherung erstattet grundsätzlich die vollständige Höhe der Kosten, wenn die Voraussetzungen der jeweiligen Versicherungsbedingungen erfüllt sind.

Im Rahmen einer bisher wenig beachteten geplanten Gesetzesänderung soll der Kostenanteil der GKV von 50 auf 75% erhöht werden. Dieses Kinderwunschförderungsgesetz (Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Kostenübernahme des Bundes für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung bei Paaren mit Kinderwunsch, KiwunschG) sieht vor, dass die 25%ige Kostensteigerung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen bei reproduktionsmedizinischen Leistungen den Krankenkassen durch den Bund erstattet wird. Folglich werden Leistungen der GKV

nicht aus Beiträgen von Versicherten gezahlt. Der Sache nach handelt es sich also um Zuschüsse, von denen auch Selbstzahler erfasst sein sollten, was nach dem aktuellen Entwurf aber nicht der Fall ist. Wenig nachvollziehbar ist eine ausschließliche Förderung der – aktuell finanzstarken – GKV durch den Bund auch unter dem Aspekt, dass das zum 01.01.2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz es gerade der einzelnen Krankenkasse überlässt, ob diese weitere Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung übernimmt.

» Die Kostenübernahme für eine künstliche Befruchtung hängt auch vom Versichertenstatus ab

Bedauerlich ist, dass durch den Gesetzesentwurf keine weitere Nachbesserung an § 27a SGB V erfolgt. So stellt sich nach wie vor die Frage, ob es noch zeitgemäß ist, dass der Leistungsanspruch gegen die GKV auf verheiratete Partner beschränkt ist. Auch die Begrenzung des Kreises der Anspruchsberechtigten auf Versicherte mit einem Mindestalter von 25 und einem Höchstalter von 40 Jahren bei Frauen bzw. 50 Jahren bei Männern sollte unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Entwicklung kritisch hinterfragt werden.

Leistungsanspruch gemäß § 27a SGB V

Aktuell ist die GKV verpflichtet, Leistungen zur Herbeiführung einer Schwanger-

schaft zu übernehmen, wenn die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung erforderlich ist, hinreichend Erfolgsaussicht bietet, es sich um ein Ehepaar handelt und deren eigene Ei- bzw. Samenzellen verwendet werden, die vorgegebenen Altersgrenzen beachtet werden, eine Unterrichtung über die Behandlung durch einen geeigneten Arzt erfolgte und ein zuvor aufgestellter Behandlungsplan vor Behandlungsbeginn von der Krankenkasse genehmigt wurde.

a) Erforderlichkeit der Maßnahme

Die künstliche Befruchtung soll das letzte Mittel sein, um Sterilität zu überwinden. Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit sind also zuvor gescheitert bzw. kommen aus sonstigen Gründen nicht in Betracht. Die einzelnen anerkannten Indikationen ergeben sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (BANz Nr. 145 vom 29.09.2009, S. 3373, zitiert nach Juris). Im Gegensatz zu den Musterbedingungen der privaten Krankenversicherung muss keine Krankheit als Ursache für die Sterilität vorliegen.

Da durch die künstliche Befruchtung die ungewollte Kinderlosigkeit beseitigt werden soll, entfällt der Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse, wenn auch nur einer der beiden Ehegatten seine Zeugungsfähigkeit gewollt und ohne medizinische Indikation aufgibt. Der Versicherungsgemeinschaft sollen keine Kosten aufgegeben werden, wenn Sterilität bewusst herbeigeführt wird. Dies gilt auch

Hier steht eine Anzeige.



dann, wenn der betroffene Ehegatte später seine Meinung ändert.

b) Erfolgsaussichten

Mit Blick auf die Richtlinien des G-BA zur künstlichen Befruchtung bestehen hinreichende Erfolgsaussichten für folgende Behandlungsmaßnahmen (vollständige Durchführung, ohne dass es zu einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft kommt):

- Insemination im Spontanzyklus bis zu achtmal
- Insemination nach hormoneller Stimulation bis zu dreimal
- In-vitro-Fertilisation bis zu dreimal
- Intratubarer Gametentransfer bis zu zweimal
- Intrazytoplasmatische Spermieninjektion bis zu dreimal

Soweit die Therapieversuche auf drei begrenzt sind, hat das Bundessozialgericht (BSG) die Verfassungsmäßigkeit bestätigt. Das BSG geht dabei davon aus, dass die Erfolglosigkeit weiterer Versuche jeweils unwiderlegbar vermutet wird. Damit unterstellt das BSG die Erfolglosigkeit weiterer Versuche, ohne den medizinischen Sachverhalt zu berücksichtigen. Unter dem Gesichtspunkt der Kostenbegrenzung ist dies nachvollziehbar. Allerdings sind die Erfolgsaussichten bei jedem einzelnen Versuch gleich (soweit sich die Rahmenbedingungen nicht geändert haben), sodass das Argument der unwiderlegbaren Vermutung nicht ganz schlüssig ist.

c) Begrenzung auf Ehepaare und deren Ei- und Samenzellen

Die Begrenzung auf Ehepaare rechtfertigt sich nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts durch die Pflicht des Staates zum Schutz von Ehe und Familie (BVerfGE 117, 316).

» Mit dem gesellschaftlichen Wandel wird sich wohl auch die Kostenerstattung ändern

Dennoch wird die Regelung stark diskutiert, da familiäre Strukturen im Rahmen

der gesellschaftlichen Entwicklung ebenfalls in eheähnlichen Lebensgemeinschaften zu finden sind. Es ist ausgesprochen fraglich, ob das Bundesverfassungsgericht diese Rechtsprechung in den folgenden Jahren aufrechterhalten wird.

d) Begrenzung auf das Lebensalter

Die Begrenzung auf ein Mindestalter von 25 Jahren soll dazu führen, dass eine künstliche Befruchtung nicht aufgrund fehlender Geduld angestrebt wird.

Weibliche Versicherte, die das 40. Lebensjahr vollendet haben, und männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, haben ebenfalls keinen Leistungsanspruch. Dabei wird unterstellt, dass die natürliche Konzeptionswahrscheinlichkeit ab dem 40. Lebensjahr sehr gering sei.

Unter Bezugnahme auf den Pearl-Index liegt die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft ohne künstliche Befruchtung für 40-jährige Frauen bei 30%. Mithin kann also keinesfalls von einer altersbedingten Sterilität ab 40 gesprochen werden. Vielmehr ist es so, dass Patientinnen ab 40 rein biologisch gesehen viel weniger Zeit bis zur Menopause zur Verfügung haben als 25-Jährige. Folglich ist bei einer 40-jährigen Frau eine Behandlung deutlich eher indiziert. Es entspricht außerdem dem Zweck des KiwunsG, das Kinder als Bereicherung der Gesellschaft ansieht und die Geburtenzahlen durch das Gesetz steigern möchte, um ungewollte Kinderlosigkeit zu bekämpfen (vgl. Gesetzesbegründung), auch 40-jährigen Frauen eine Schwangerschaft zu ermöglichen. Das BSG hat trotzdem die Verfassungsmäßigkeit der Regelung bestätigt, unter anderem mit der Begründung, dass die Altersgrenze auch vor zu alten Eltern schützen soll. Diesem Argument ist aber eine Altersdiskriminierung immanent, denn nach der aktuellen Gesetzeslage ist ein 49-jähriger Mann nicht zu alt, wohl aber eine 40-jährige Frau.

Der BGH geht richtigerweise davon aus, dass es auf die Erfolgswahrscheinlichkeit der künstlichen Befruchtung ankommt und nicht auf starre Altersgrenzen. Danach ist eine 15%ige Erfolgsaussicht für den Eintritt einer Schwangerschaft noch ausreichend (BGH VersR 1996, 1224).

Zwar ist diese Rechtsprechung nicht auf das Leistungsrecht der GKV übertragbar. Jedoch darf auch das Leistungsrecht keine Personengruppen willkürlich benachteiligen. Auch hier stellt sich deshalb die Frage, ob die Entscheidung des BSG vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklung zu halten ist.

e) Behandlungsplan

Genehmigt die Krankenkasse den Behandlungsplan zunächst nicht, kann der Versicherte die Behandlung auf eigene Kosten durchführen lassen. Er hat dann – möglicherweise – gegen seine Krankenkasse einen Anspruch auf nachträgliche Kostenübernahme bzw. Kostenerstattung.

f) Kostenübernahme

Die Krankenkasse übernimmt 50% der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Behandlungsmaßnahme. Dies umfasst alle mit der künstlichen Befruchtung im Zusammenhang stehenden Kosten.

Die Kostenübernahme ist versichertenbezogen. Können Kosten eindeutig einer Person zugeordnet werden, gehen diese zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse. Sind beide Ehegatten gesetzlich versichert, ist für jede Person ein Behandlungsplan zu erstellen. Die Kostenverteilung erfolgt, ohne dass es darauf ankommt, wer für die Kinderlosigkeit verantwortlich ist. Ist ein Ehegatte nicht gesetzlich versichert, obliegt es ihm, sich darum zu bemühen, dass die an ihm durchgeführten Behandlungsmaßnahmen von seiner Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle erstattet werden.

Private Krankenversicherung

Ist der Patient privat krankenversichert, richtet sich die Leistungspflicht der Versicherung nach den Versicherungsbedingungen. Deshalb ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob wegen der Sterilität und Kinderlosigkeit eine medizinisch notwendige Heilbehandlung erforderlich ist. Dabei ist heute anerkannt, dass es sich um eine bedingungsgemäße Krankheit handelt, wenn Sterilität und ungewollte Kinderlosigkeit auf einem anormalen Kör-

perzustand beruhen. Da die Refertilisation einen bewusst herbeigeführten Körperzustand beseitigt, wird hier das Vorliegen einer Krankheit hingegen nicht angenommen. Eine Kostenübernahme kommt nur in Betracht, wenn im Einzelfall z. B. durch die Sterilität psychische Störungen mit Krankheitswert entstehen (OLG Köln VersR 1994, 208, 1170).

a) Krankheit

Die fehlende Fortpflanzungsfähigkeit bei Ehepaaren hat Krankheitswert, wenn sie auf einer biologischen Beeinträchtigung von Körperfunktionen beruht und es sich dabei nicht ausschließlich um eine normale altersbedingte Entwicklung handelt.

Probleme sind bei der Kostenerstattung regelmäßig dann zu erwarten, wenn keine eindeutigen organischen Ursachen für die Kinderlosigkeit gefunden werden können. Der BGH hat entschieden, dass nur die auf einer körperlichen Ursache beruhende Kinderlosigkeit eine bedingungsgemäße Krankheit darstellt. Dass eine derartige organische Ursache besteht, muss der Versicherte beweisen. Das bedeutet, dass es dem Versicherten helfen kann, einen Erstattungsanspruch gegen die private Krankenversicherung zu erlangen, wenn er medizinisch nachvollziehbar unter Bezugnahme auf die allgemeine Lebenserfahrung darlegt, dass die Kinderlosigkeit eine organische Ursache hat. Dabei spielen auch Wahrscheinlichkeiten und „die Sichtweise eines vernünftig urteilenden Menschen“ eine Rolle.

Auch in der privaten Krankenversicherung sind die Kosten in der Regel nur bei verheirateten Paaren erstattungsfähig. Es gelten die gleichen oben bereits erläuterten Bedenken. Im Gegensatz zum Leistungserbringerrecht ist dieses Ergebnis bereits unter Beachtung der Logik merkwürdig, denn die Kinderlosigkeit wird durch Heirat zu einer bedingungsgemäßen Krankheit.

b) Heilbehandlung

Eine bedingungsgemäße Heilbehandlung im Rahmen einer künstlichen Befruchtung liegt dann vor, wenn mit hinreichender Aussicht auf Erfolg die Sterilität durch die künstliche Befruchtung überwunden

wird. Der BGH hat eine 15-prozentige Erfolgsaussicht als ausreichend angesehen.

c) Kostenerstattung

Für die Kostenerstattung ist die Krankenversicherung zuständig, bei deren Versicherungsnehmer die organische Körperfunktionsbeeinträchtigung vorliegt (BGH VersR 2004, 588). Auf einen möglichen Anspruch gegen die gesetzliche Krankenkasse nach § 27a SGB V des gesunden Ehepartners kommt es nicht an.

Fazit für die Praxis

- Der Anspruch auf Kostenübernahme für Maßnahmen bei einer künstlichen Befruchtung hängt davon ab, ob der Versicherte privat oder gesetzlich versichert ist.
- Wesentlich ist, dass die GKV im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung verschuldensunabhängig leistet, aber nur versichertenbezogen.
- Bei genauer Betrachtung fallen Personengruppen auf, bei denen der Gesetzgeber die Leistungspflicht der Versicherungen auch mit Blick auf das Ziel der Kinderwunschförderung überprüfen sollte.

Korrespondenzadresse

E. Wehmeyer

Rechtsanwältin, Krankenhaussyndikus,
Wehmeyer Rechtsanwälte Partnerschaft
Kanzlei für Medizin, Bank und Kapitalmarktrecht
Obere Bahnhofstr. 3, 87561 Oberstdorf
info@wehmeyer-rechtsanwalte.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehungen hin: Ich bin auch Krankenhaussyndikus der SLK Kliniken Heilbronn GmbH.

Augenärztliche Behandlung in der Schwangerschaft

Kinderwunsch ist in unserer Gesellschaft bei abnehmenden Geburtenraten ein zentrales Thema. Frauen mit vorbestehender Krankengeschichte sind zudem leicht verunsichert. Welche Risiken bestehen für das Kind wenn notwendige Behandlungen auch während Schwangerschaft und Stillzeit fortgesetzt werden müssen? Wie hoch ist das Risiko von Augenveränderungen der Mutter durch die Geburt? Die Zeitschrift *Der Ophthalmologe* informiert in Heft



3/2012 über Besonderheiten der augenärztlichen Betreuung von Patientinnen mit Augenerkrankungen während der Schwangerschaft und beleuchtet dabei

auch die Möglichkeiten medikamentöser Therapien.

Die Schwerpunkte des Leitthemenheftes sind:

- Ophthalmika während Schwangerschaft und Stillzeit
- Einfluss des Geburtsmodus auf vorbestehende Augenerkrankungen
- Führung von Patientinnen mit Augenerkrankungen während der Schwangerschaft. Diabetes, Glaukom, Uveitis

Bestellen Sie diese Ausgabe zum Preis von 35 € bei

Springer Customer Service Center
Kundenservice Zeitschriften
Haberstr. 7

69126 Heidelberg

Tel.: +49 6221-345-4303

Fax: +49 6221-345-4229

E-Mail: leserservice@springer.com

PS: Vieles mehr rund um Ihr Fachgebiet finden Sie auf www.springermedizin.de

Hier steht eine Anzeige.

