



KINDERWUNSCH
ZENTRUM
AUGSBURG

Finanzierung des Kinderwunsches



Gesetzlich versicherte Patienten

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes im Jahr 2004, übernehmen gesetzliche Krankenkassen nur noch einen Teil der Kosten der Kinderwunschbehandlung (§ 27a SGB V). Es gilt dabei das Kostenteilungsprinzip, d.h. die Kosten einer Maßnahme werden demjenigen Partner zugerechnet, bei dem die Maßnahme durchgeführt wurde. Wie dies aufgeteilt ist legt Nr. 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung fest. Die erstattungsfähigen Maßnahmen müssen zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse gehören.

Leistungen

- ✓ Basis-Diagnostik: Vollständige Kostenübernahme
- ✓ Medikamentöse Therapien: Vollständige Kostenübernahme (z.B. Zyklusüberwachung, Hormontherapie)
- ✓ IVF- bzw. ICSI-Behandlungen: Kostenübernahme in Höhe von 50% der Behandlungskosten bei max. 3 Versuchen
- ✓ Inseminationen im Spontanzklus: Kostenübernahme in Höhe von 50% der Behandlungskosten bei max. 8 Versuchen
- ✓ Insemination im stimulierten Zyklus: Kostenübernahme in Höhe von 50% der Behandlungskosten bei max. 3 Versuchen
- ✓ Nach einer Geburt steht dem Kinderwunschaar erneut das volle Kontingent an Versuchen zur Verfügung!

Wichtig: Bei dieser Auflistung handelt es sich um die grundsätzlichen rechtlichen Ansprüche. Aufgrund von individuellen Gegebenheiten und Behandlungsverläufen kann die Höhe der Kostenübernahme variieren. Da einzelne Kassen mehr als 50% der Behandlungskosten übernehmen, lohnt es sich, frühzeitig bei der eigenen Krankenkasse Informationen einzuholen, wenn ein Kinderwunsch besteht.

Voraussetzungen

Für eine Kostenerstattung müssen Kinderwunsch-Patienten folgende Bedingungen erfüllen:



Die Kosten werden nur verheirateten Paaren erstattet



Die Frau und der Mann müssen mind. 25 Jahre, die Frau darf max. 39 Jahre, der Mann max. 49 Jahre alt sein



Es besteht ein ausreichender Impfschutz gegen Röteln, Windpocken und Keuchhusten



Es werden nur Keimzellen der Ehepaare verwendet



Es liegt ein negativer HIV-Test vor



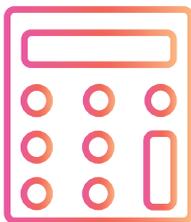
Die Kinderlosigkeit darf nicht aus einer Sterilisation resultieren



Es muss eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit bestehen



Vor der Behandlung muss ein, durch die Krankenkasse/n genehmigter Behandlungsplan vorgelegt werden



Privat versicherte Patienten

Die Leistungen der Privaten Kassen im Bereich der Reproduktionsmedizin können teilweise stark variieren. Zudem gilt das Verursacherprinzip. Es zahlt diejenige private Kasse bei dessen Patient der Grund für die ungewollte Kinderlosigkeit liegt. Welche Kosten für Diagnostik und Behandlung tatsächlich anfallen und übernommen werden kann von Kasse zu Kasse variieren. Die Maßnahmen müssen zum Leistungsumfang der Versicherung gehören.

Leistungen

- ✓ Nach Rechtssprechung des Bundesgerichtshofs darf eine private Krankenkasse die Kostenübernahme für eine künstlichen Befruchtung in voller Höhe nicht verweigern
- ✓ Basis- und Einsteigertarife schließen den Bereich Reproduktionsmedizin in der Regel vollständig aus
- ✓ In allen anderen Tarifen erhalten Privatpatienten in der Regel die volle Kostenübernahme
- ✓ Bei ausreichender Erfolgswahrscheinlichkeit werden auch mehr als drei IVF- bzw. ICSI-Behandlungen unterstützt

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen für eine Kostenerstattung erfüllt sein:



Der Patient muss zeugungs- oder empfängnisunfähig sein. Eine eindeutige Diagnose liegt vor.



Die Kinderlosigkeit darf nicht aus einer Sterilisation resultieren



Die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche künstliche Befruchtung muss bei mind. 15% liegen



Es werden nur Keimzellen der Partner verwendet

Wichtig: Bei den privaten Versicherungen gibt es keine starren Altersgrenzen. Weiterhin muss das Kinderwunschpaar nicht verheiratet sein!



Gemischt versicherte Paare

Bei gemischt versicherten Kinderwunschpaaren gestaltet sich die Klärung der Finanzierungsfrage im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung deutlich schwieriger. Da sich gesetzliche Krankenkassen nach dem Kostenteilungsprinzip und private Krankenkassen nach dem Verursacherprinzip beteiligen und darüber hinaus unterschiedliche Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gelten, ergeben sich zahlreiche Varianten. Unter Umständen muss das Paar einen größeren Teil der Behandlungskosten selbst übernehmen.

In einem persönlichen Gespräch beraten wir Sie gerne zu Ihrer individuellen Situation!



Beihilfeberechtigte Patienten

Die Leistungen zur künstlichen Befruchtung werden von der Beihilfe gemäß der Beihilfeverordnung übernommen. Es gilt dabei das Kostenteilungsprinzip, d.h. die Kosten einer Maßnahme werden demjenigen Partner zugerechnet, bei dem die Maßnahme durchgeführt wurde. Wie dies aufgeteilt ist, legt Nr. 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung fest. Die Maßnahmen müssen zum Leistungsumfang der Beihilfe gehören. Beihilfeberechtigte Patienten müssen bei Inseminations-, IVF- und ICSI-Behandlungen immer mit mindestens 25% Eigenleistung der Gesamtkosten rechnen.

Leistungen

- ✓ Basis-Diagnostik: vollständige Kostenübernahme des Beihilfeanteils
- ✓ Medikamentöse Therapien: Vollständige Kostenübernahme (z.B. Zyklusüberwachung, Hormontherapie) des Beihilfeanteils
- ✓ IVF- bzw. ICSI-Behandlungen: Kostenübernahme in Höhe von 50% des Beihilfeanteils bei max. 3 Versuchen
- ✓ Inseminationen im Spontanzklus: Kostenübernahme in Höhe von 50% des Beihilfeanteils bei max. 8 Versuchen
- ✓ Insemination im stimulierten Zyklus: Kostenübernahme in Höhe von 50% des Beihilfeanteils bei max. 3 Versuchen
- ✓ Nach einer Geburt steht dem Kinderwunschpaar erneut das volle Kontingent an Versuchen zur Verfügung

Voraussetzungen

Für eine anteilige Kostenerstattung müssen bestimmte Bedingungen erfüllt sein:



Vor der Behandlung muss ein Behandlungsplan vorgelegt werden



Die Maßnahmen müssen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sein



Es werden nur Keimzellen der Ehepaare verwendet



Die Kosten werden nur verheirateten Paaren erstattet



Die Frau und der Mann müssen mind. 25 Jahre, die Frau darf max. 39 Jahre, der Mann max. 49 Jahre alt sein



Förderung durch das Bundesfamilienministerium

Weiterhin gibt es die Möglichkeit, eine Förderung vom Bundesfamilienministerium zu erhalten.

Leistungen

- ✓ Bei der 1.-3. künstlichen Befruchtung werden in der Regel 12,5% der Kosten, ab der 4. Behandlung 25% der Kosten übernommen

Voraussetzungen



Eine Förderung ist allerdings nur möglich, wenn sich das Wohnsitzbundesland mit einem eigenen Landesförderprogramm für kinderlose Paare beteiligt (Bayern beteiligt sich ab dem 01.11.2020)



Die Frau und der Mann müssen mind. 25 Jahre, die Frau darf max. 39 Jahre, der Mann max. 49 Jahre alt sein

Wichtig: Kinderwunschaare müssen nicht verheiratet sein, um die Förderung zu erhalten!