

**Gemeinsames Rundschreiben betr. Leistungen der künstlichen Befruchtung  
[RdSchr. 90b]**

der Spitzenverbände der Krankenkassen

vom 29.6.1990

**Inhaltsübersicht****0. Gesetzliche Vorschriften****1. Grundsatz****2. Art und Inhalt der Leistung****2.1. Ärztliche Unterrichtung über die Behandlung****2.2. Ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung****2.3. Anzahl der Therapieversuche zu Lasten der Krankenkassen****2.4. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen****2.5. Verträge über Art und Umfang der Krankenhausbehandlung bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung****2.6. Durchführung der künstlichen Befruchtung****3. Anwendung von Vorschriften der Krankenbehandlung/Entgeltfortzahlung****4. Leistungspflichtige Krankenkasse bei Kassenwechsel****5. ...**

RdSchr. 90b ab Tit. 0

S.91442

**0. Gesetzliche Vorschriften**

[jetzt] §27 a, §73 Abs. 2 Nr.10, §92 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr.10, §112 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 Nr.6, §121 a und §269 Abs. 1 Satz 1 Nr.2 SGB V

**1. Grundsatz**

(1) Nach [jetzt] §27 a SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (insbesondere Inseminationsbehandlung und In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer). Die Leistung ist eine Regelleistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht.

(2) Die Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft müssen aus ärztlicher Sicht erforderlich sein. Diese Erforderlichkeit ist gegeben, wenn herkömmliche Behandlungsmaßnahmen (z.B. alleinige hormonelle Stimulation, Fertilisationsoperation) nicht (mehr) erfolgversprechend sind.

(3) Die Leistung nach §27 SGB V erhalten ausschließlich Ehepaare und nur im homologen System. Das bedeutet, dass lediglich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden dürfen. Sind die Ehegatten nicht in derselben Krankenkasse ver-

sichert oder ist nur einer der Ehegatten in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, hat die Krankenkasse die Kosten der Maßnahmen zu übernehmen, die bei dem Ehegatten durchgeführt werden, der bei ihr versichert ist. Die Leistungen für den anderen Ehegatten sind keine „Nebenleistung“ der Leistung an den versicherten Ehegatten. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung sind die Kosten der vom Gesetzgeber vor Durchführung bestimmter Maßnahmen geforderten Unterrichtung der Ehegatten sowie die Kosten für die extrakorporalen Maßnahmen in Zusammenhang mit der Zusammenführung von Ei- und Samenzellen insgesamt von der Krankenkasse der Ehefrau zu übernehmen, wenn beide Ehegatten gesetzlich krankenversichert sind.

(4) Soweit Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft als Krankenbehandlung nach §27 SGB V anzusehen sind (z.B. chirurgische Eingriffe, Verordnung von Medikamenten, psychotherapeutische Behandlung), findet §27 a SGB V keine Anwendung.

(5) Die Leistungspflicht der Krankenkasse erstreckt sich nicht auf weitergehende Maßnahmen wie z.B. das Konservierungsverfahren bei Ei- und Samenzellen.

## **2. Art und Inhalt der Leistung**

### **2.1. Ärztliche Unterrichtung über die Behandlung**

Vor dem Beginn der Therapieversuche muss sich das Ehepaar von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte unterrichten lassen. Bei der Unterrichtung soll die Verwirklichung des Wunsches der Ehegatten nach einem eigenen Kind mit Methoden der künstlichen Befruchtung eingehend erörtert werden. Es sollten auch Alternativen zum eigenen Kind, wie z.B. eine Adoption oder die Übernahme einer Pflegschaft, aufgezeigt werden. Die Unterrichtung sollte auch die mit der Behandlung verbundenen seelischen und körperlichen Belastungen ausführlich darstellen und auf die mit einer künstlichen Befruchtung verbundenen Gefahren gesundheitlicher Risiken eingehen. Die Pflicht zu einer Unterrichtung vor Behandlungsbeginn besteht nicht bei Inseminationen, die ohne vorherige Anwendung eines hormonellen Stimulationsverfahrens mit dem dabei erhöhten Risiko von Schwangerschaften mit 3 und mehr Embryonen durchgeführt werden (z. B. Inseminationen in Spontanzyklen).

....

### **2.2. Ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung**

Zum Leistungsinhalt gehören auch die Untersuchung und die Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung. Mit der Untersuchung soll festgestellt werden, dass die künstliche Befruchtung und die dabei gewählte Behandlungsmethode zur Überwindung der Sterilität medizinisch indiziert sind, weil Behandlungsmaßnahmen nach §27 SGB V keine hinreichende Aussicht auf Erfolg (mehr) bieten, nicht möglich oder unzumutbar sind, und dass die Maßnahmen mit hinreichender Erfolgsaussicht zu einer Schwangerschaft führen. Dabei

sollen auch das Alter der Ehegatten und die zu Grunde liegende Störung berücksichtigt werden.

### **2.3. Anzahl der Therapieversuche zu Lasten der Krankenkassen**

(1) Die Leistungspflicht der Krankenkassen ist grds. auf 4 abgeschlossene Therapieversuche (ambulant und/oder stationär) begrenzt, wobei vorher abgebrochene Behandlungen nicht berücksichtigt werden. Als abgeschlossen gilt ein Therapieversuch dann, wenn bei der In-vitro-Fertilisation eine entsprechende Kultur angesetzt bzw. beim Inseminationsverfahren der Samen in den Leib der Frau eingebracht wurde. Wenn in medizinisch besonders begründeten Ausnahmefällen mehr als 4 Versuche zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt werden sollen, sollte wegen der zurückgehenden Erfolgsaussichten eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgen.

(2) Die Beschränkung auf 4 Versuche gilt nicht für Inseminationen, die ohne vorherige Anwendung eines hormonellen Stimulationsverfahrens vorgenommen werden.

(3) Nach einer durch eine erfolgreiche künstliche Befruchtung herbeigeführten Schwangerschaft besteht erneut ein Anspruch auf Maßnahmen nach §27a SGBV, soweit die Voraussetzungen erfüllt sind.

### **2.4. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen**

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in Richtlinien die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (§92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 SGB V) zu beschließen. Die ... Richtlinien<sup>1</sup> haben daher insbesondere Aufschluss über die medizinischen Indikationen, die vorgeschriebene Erfolgsaussicht (insbesondere Festlegung von Altersgrenzen und ggf. Konkretisierungen zur Anzahl der Therapieversuche, auch zu der vom Gesetzgeber nicht eingeschränkten Insemination ohne vorangehende Stimulationsverfahren), die in Betracht kommenden Maßnahmen, die Qualifikation des die Unterrichtung durchführenden Arztes usw. zu geben.

<sup>1</sup> Richtlinien über künstliche Befruchtung vom 14.8.1990 (BArbBl 12 S. 21), geändert am 1.10.1997 (BAnz Nr. 243).

### **2.5. Verträge über Art und Umfang der Krankenhausbehandlung bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung**

Die Verbände der Krankenkassen und der Krankenhäuser haben in Verträgen über Art und Umfang der Krankenhausbehandlung Einzelheiten zur künstlichen Befruchtung nach §27 a Abs. 1 SGB V zu regeln (§112 Abs. 2 Satz 1 Nr.6 SGB V). Die Verträge nach §112 Abs. 2 Satz 1 Nr.6 SGB V und die Richtlinien nach §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 SGB V sollen inhaltlich aufeinander abgestimmt werden.

## **2.6. Durchführung der künstlichen Befruchtung**

(1) Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung dürfen nur [jetzt] Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen oder zugelassene Krankenhäuser erbringen, denen die nach jeweiligem Landesrecht zuständige Behörde eine Genehmigung zur Durchführung dieser Maßnahmen erteilt hat.

(2) Inseminationen, die nicht nach einem vorangegangenen hormonellen Stimulationsverfahren vorgenommen werden, dürfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auch von Ärzten oder zugelassenen Einrichtungen durchgeführt werden, denen keine Genehmigung erteilt wurde.

(3) Die Genehmigung wird von der zuständigen Behörde erteilt, wenn die Ärzte oder Einrichtungen über die für die Durchführung der Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft notwendigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten und die Gewähr für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Durchführung von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bieten. Ein Anspruch auf die Genehmigung besteht nicht.

## **3. Anwendung von Vorschriften der Krankenbehandlung/ Entgeltfortzahlung**

Die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung gehören zur Krankenbehandlung. Die für Krankheit geltenden Regelungen des SGB V finden Anwendung. Ebenso besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.

## **4. Leistungspflichtige Krankenkasse bei Kassenwechsel**

Die Kosten für die einzelnen [ambulanten] Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sind von der Krankenkasse zu übernehmen, bei der zum jeweiligen Zeitpunkt

- der ärztlichen Unterrichtung der Ehegatten
- der ärztlichen Untersuchung einschließlich Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung
- des Beginns des einzelnen Versuchs

die Versicherung besteht<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Sofern während einer stationären Maßnahme zur künstlichen Befruchtung die Kassenzuständigkeit wechselt, ist die neue Krankenkasse ab dem Tage des Beginns ihrer Zuständigkeit leistungspflichtig (vgl. Besprechungsergebnis vom 15./16.8.1990).

## **5. [„Leistungen in Übergangsfällen“]**

...