

Patienteninformation zur Abrechnung von Maßnahmen der "extracorporalen Befruchtung" als Satzungsleistung einer gesetzlichen Krankenkasse



Liebes Patientenpaar,

Sie sind Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und unterliegen bei der anstehenden Kinderwunschbehandlung (IUI, IVF oder ICSI) daher bestimmten Vorgaben des Gesetzgebers gemäß §27a SGB V, damit die Solidargemeinschaft 50% der Behandlungskosten für 3 Zyklen stimulierte IUI, IVF oder ICSI übernimmt:

- Alter der Frau 25 Jahre bis zum vollendeten 40. Lebensjahr (= 40. Geburtstag)
- Alter des Mannes 25 Jahre bis zum vollendeten 50. Lebensjahr
- miteinander verheiratet
- Einreichung und Genehmigung eines Behandlungsplans

Seit Mitte des Jahres 2012 bieten nun einige gesetzliche Krankenkassen Kinderwunschaaren eine über die 50%-Regelung hinausgehende finanzielle Unterstützung und in manchen Fällen auch Vergünstigungen an, die **über** die oben genannten **Vorschriften hinausgehen**.

Zwei grundsätzlich unterschiedliche Verfahren ergeben sich aus der Art der Zusatzregelung:

1. Bietet die Kasse dem anspruchsberechtigten Personenkreis **Ausnahmen** hinsichtlich der **Altersgrenzen**, des **Familienstatus** oder die Kostenübernahme für **zusätzliche Therapiezyklen** über die maximal zulässige Zahl an Behandlungszyklen hinaus, dann besteht für die Praxis **keine Möglichkeit**, diese Behandlungen über die Versicherungskarte – also mit einem Behandlungsplan – abzurechnen.

Dies bedeutet für Sie:

Sie erhalten eine **Rechnung** nach der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**, die Sie bei Ihrer **Kasse** zur Bezuschussung auf der Basis der „**Kostenerstattung**“ einreichen.

2. Die Krankenkasse **senkt den Eigenanteil** der nach § 27a SGB V anspruchsberechtigten Patienten unter **Beibehaltung** der übrigen **Anspruchsvoraussetzungen** des **§ 27a SGB V (s.o.)** von 50% oder gewährt einen festen Zuschuss.

Dies bedeutet für Sie:

Die **Abrechnung** erfolgt wie bisher **über Ihre Chipkarte**. Sie erhalten einen **Behandlungsplan** nach Muster 70 oder 70A und nach der Behandlung die **Eigenanteilsrechnung**, die Sie dann Ihrer Krankenkasse **zur Erstattung** bzw. **Bezuschussung** auf der Basis der Satzungsleistung vorlegen. Die Kasse erstattet Ihnen zusätzlich zu den 50% noch die jeweilige eigene Satzungsleistung.

Auch legen die Patienten den Kassen bitte die **Kopien der Rezepte** für die Medikamente vor, für die ja ebenfalls schon 50% des Preises bezahlt wurden.

Von den seit 1.1.2012 gesetzlich eröffneten Möglichkeiten machen nach dem Kenntnisstand des Bundesverbandes der reproduktionsmedizinischen Zentren (BRZ) bisher die im Anhang gelisteten Krankenkassen Gebrauch.

Die Anzahl der beteiligten Krankenkassen und die Inhalte der angebotenen Leistungserweiterungen unterliegen derzeit starken Schwankungen.

Es kann daher **keine Gewähr** für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Auflistung übernommen werden.

Weitere Kassen sind dazu in interner Beratung. Daher macht es Sinn, dass Sie sich **an Ihre gemeinsame Krankenkasse wenden** und **nach der Beteiligung** an diesen Satzungsleistungen **fragen**.

Ihr Team **IVF-SAAR Saarbrücken-Kaiserslautern**

KRANKENKASSEN MIT SATZUNGSÄNDERUNGEN

Stand 01/2020 (ohne Gewähr!)

AOK Baden Württemberg	75 % Erstattung für Versuche 1-3 (IVF/ICSI) <ul style="list-style-type: none"> • Frauen > 40 auf Antrag • eingetragene gleichgeschlechtliche weibliche Paare wenn sie beide in der AOK versichert sind
AOK Hessen	100% Erstattung für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der AOK versichert sind
AOK NordOst	100% Erstattung für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der AOK versichert sind
AOK NordWest	je 300 € Zuschuss für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der AOK versichert sind
AOK Rheinland/Hamburg	75% Erstattung für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der AOK versichert sind
AOK Saarland/RLP	75% Erstattung für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der AOK versichert sind
atlas BKK ahlmann	75 % Erstattung für Versuche 1-3
Bahn-BKK	100 % Erstattung für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der BKK sind • 75% wenn nur 1 Ehepartner bei der BKK versichert ist
Bertelsmann BKK	je 250 € Zuschuss für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der BKK versichert sind
BIG direkt gesund	je 200 € Zuschuss für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der BKK versichert sind
BKK advita	je 300 € Zuschuss für Versuche 1-4 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der BKK versichert sind
BKK Dürkopp Adler	75 % Erstattung für Versuche 1-3
BKK exklusiv	je 250 € Zuschuss für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • für jeden bei der BKK exklusiv versicherten Ehepartner
BKK Freudenberg	2000 € Zuschuss in 24 Monaten <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der BKK versichert sind
BKK Melitta Plus	je 250 € Zuschuss für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der BKK versichert sind
BKK Pfaff	75% Erstattung für Versuche 1-3
BKK Scheufelen	500 € Zuschuss <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der BKK versichert sind
BKK VBU	75% Erstattung für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der BKK versichert sind
BKK Verbund Plus	je 200 € Zuschuss für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der BKK versichert sind
BKK vor Ort/ VIACTIV	je 500 € Zuschuss für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der BKK versichert sind
BKK Wirtschaft & Finanzen	einmalig 500 € Zuschuss zum genehmigten Behandlungsplan einmalig 1000€ Zuschuss , wenn beide Eheleute bei der BKK sind
BKK WMF	1000 €/Person Erstattung für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der DAK versichert sind
hkk	je 200 € Zuschuss für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • für jeden bei der hkk versicherten Ehepartner
HEK Hanseatische Krankenkasse	je 200 € Zuschuss für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der HEK versichert sind
IKK Brandenburg & Berlin	100% Erstattung für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der IKK versichert sind • 75% wenn nur 1 Ehepartner bei der IKK versichert ist
IKK Classic	je 500 € Zuschuss für Versuche nach Behandlungsplan <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der IKK versichert sind 250 € Zuschuss für Versuche nach Behandlungsplan <ul style="list-style-type: none"> • bei der/dem Versicherten der IKK (max. eigene Kosten)
IKK Südwest	100% Erstattung für Versuche 1-3, aber maximal 1000 €/Versuch <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der IKK Südwest versichert sind
Knappschaft	je 500 € Zuschuss für Versuche nach Behandlungsplan <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der BKN versichert sind
KKH Kaufmännische Krankenkasse	je 100 € Zuschuss für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der KKH versichert sind
Salus BKK	je 250 € Zuschuss für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der BKK versichert sind
TK Techniker Krankenkasse	je 250 € Zuschuss für Versuche 1-3 <ul style="list-style-type: none"> • wenn beide Ehepartner bei der TK versichert sind