

	Seite
1. Behandlungsmethoden und Umfang der Beihilfefähigkeit	2
2. Erforderliche Unterlagen	2
3. Zuordnung der Aufwendungen	3
4. Allgemeine Hinweise	3

Dieses Merkblatt ist zur allgemeinen Information bestimmt. Rechtsansprüche können Sie daraus nicht ableiten. Wenn Sie weitere Fragen haben, rufen Sie uns gerne an. Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

1. Behandlungsmethoden und Umfang der Beihilfefähigkeit

Bei der künstlichen Befruchtung können folgende Methoden zur Anwendung kommen:

- **Insemination (IU):**
Hierbei werden aufbereitete Spermien direkt in die Gebärmutter eingeführt.
- **In-Vitro-Fertilisation (IVF):**
Die IVF ist eine Befruchtung, die in einem Reagenzglas durchgeführt wird. Dabei werden der Frau befruchtungsfähige Eizellen entnommen. Diese werden in eine Nährlösung gegeben und mit Spermien zusammengebracht. Nach der Befruchtung werden ein oder mehrere Embryonen in die Gebärmutter übertragen.
- **Intratubarer Gameten Transfer (GIFT-Methode):**
Bei der GIFT-Methode handelt es sich um eine Sonderform der IVF. Hier werden der Frau mit Hilfe einer Laparoskopie (Bauchspiegelung) Eizellen entnommen und zusammen mit aufbereiteten Samenzellen in einen oder beide Eileiter der Frau eingebracht. Die Befruchtung der Eizelle muss danach auf natürlichem Wege erfolgen.
- **Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI):**
Die Mikroinjektion oder intracytoplasmatische Spermieninjektion ist eine Erweiterung der In-Vitro-Fertilisation. Hierbei wird eine einzelne Samenzelle direkt in eine Eizelle injiziert.
- **Intrazytoplasmatische Morphologisch Selektierte Spermieninjektion (IMSI):**
Die IMSI ist eine weitere Verfeinerung der ICSI-Technik. Gegenüber der ICSI-Standardbehandlung werden hier die Spermien zunächst bei 6000-facher Vergrößerung untersucht und nur jene Spermien für eine Injektion in die Eizelle herangezogen, die eine erfolgreiche Befruchtung versprechen.
- **Testikuläre Spermienextraktion (TESE) und Mikrochirurgische Epididymale Spermienaspiration (MESA)**
sind weitere Methoden der künstlichen Befruchtung. Mithilfe eines operativen Eingriffs kann in manchen Fällen Sperma direkt aus den Hoden (TESE) oder den Nebenhoden (MESA) gewonnen werden. Die anschließende künstliche Befruchtung wird dann nach der ICSI-Methode durchgeführt.

Bei der Insemination sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für höchstens fünf Behandlungen beihilfefähig. Bei entsprechender ärztlicher Befürwortung können die Aufwendungen für weitere drei Behandlungen als beihilfefähig anerkannt werden.

Bei In-vitro-Fertilisation (IVF), Intratubarem Gameten-Transfer (GIFT) oder Intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für jeweils höchstens drei Behandlungen beihilfefähig. Wird anstelle oder zusätzlich zu einer ICSI-

Behandlung eine IMSI Behandlung durchgeführt, sind insgesamt 3 Behandlungen beihilfefähig.

Es besteht ein erneuter Anspruch auf Beihilfe im Rahmen einer künstlichen Befruchtung nach einer Geburt oder wenn eine klinische Schwangerschaft bestand (dies ist der Fall, wenn die Schwangerschaft im Ultraschall zu erkennen ist)..

Grundsätzlich sind nur die Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung mit Keimzellen des Ehegatten oder Partners beihilfefähig (sog. homologe Insemination). Eine Befruchtung mit Hilfe einer Fremdspende (heterologe Insemination) kann nur dann als beihilfefähig berücksichtigt werden, wenn die Frau nachgewiesenermaßen auf natürlichem Weg keine Kinder empfangen kann, aber mit Hilfe der künstlichen Befruchtung eigene Kinder bekommen kann. Auch bei Frauen, die in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung leben oder alleinstehend sind, sind die Aufwendungen einer künstlichen Befruchtung nur beihilfefähig, wenn eine Erkrankung der betroffenen Frau nachgewiesen wird. Auch wenn diese Voraussetzungen nachgewiesen sind, gelten nur die Maßnahmen als beihilfefähig, die auch bei der Befruchtung mit Samen des Ehegatten oder Partners durchgeführt werden, hingegen sind die Aufwendungen für Bereitstellung und Beschaffung von Spendersamen nicht beihilfefähig.

Ebenfalls von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist eine künstliche Befruchtung mit einer fremden Eizelle.

Aufwendungen für eine Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen sind im Rahmen einer laufenden beihilfefähigen künstlichen Befruchtung oder in begründeten Einzelfällen als fertilitätsprotektive Maßnahme beihilfefähig, wenn aufgrund einer Erkrankung beziehungsweise derer notwendigen Behandlung Sterilität droht.

Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für eine Präimplantationsdiagnostik (PID). Bei einer PID werden Embryonen bzw. befruchtete Eizellen molekulargenetisch untersucht. Die Untersuchung soll Auskünfte darüber geben, ob ein künstlich erzeugter Embryo (In-Vitro Fertilisation) in die Gebärmutter eingepflanzt werden soll oder nicht.

Aufwendungen für eine PID dienen nicht der Therapieplanung bzw. Behandlung einer Erkrankung eines der Elternteile und sind somit nicht beihilfefähig.

2. Erforderliche Unterlagen

Die Notwendigkeit einer künstlichen Befruchtung ist unter Angabe der Diagnose durch eine ärztliche Bescheinigung zu begründen. Einen einsprechenden Vordruck V 61-51 für die ärztliche Bescheinigung haben wir diesem Informationsblatt beigelegt.

Von Versicherten in einer gesetzlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse benötigen wir immer einen Erstattungsnachweis der Krankenkasse. Bei Nichterstattung oder nur teilweiser Erstattung ist auch der Grund für die verminderte Leistung (möglichst mit Rechtsgrundlage) von der Krankenkasse anzugeben.

3. Zuordnung der Aufwendungen

Die Aufwendungen, die im Rahmen einer künstlichen Befruchtung entstehen, werden nach dem Verursacherprinzip grundsätzlich der erkrankten Person zugeordnet.

Ist nur eine Person erkrankt, sind sämtliche Aufwendungen grundsätzlich dieser zuzuordnen. Wenn bei beiden Personen Sterilität diagnostiziert ist, sind die Aufwendungen grundsätzlich der Person zuzuordnen, bei der die medizinischen Leistungen erbracht wurden. Extrakorporale Maßnahmen werden in diesem Fall der Person zugeordnet, an die die Rechnung ausgestellt ist.

Für Aufwendungen des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners des Beihilfeberechtigten wird keine Beihilfe gewährt, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Absatz 3 Einkommensteuergesetz) des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners in beiden Kalenderjahren vor der Stellung des Beihilfeantrages die maßgebliche Einkünftegrenze jeweils 20.000 € überschritten hat. Welche Einkünftegrenze anzuwenden ist, hängt vom Entstehungsdatum der Aufwendungen ab.

Bei der Beihilfe, bei der privaten Krankenversicherung und bei der gesetzlichen Krankenkasse gelten unterschiedliche Regelungen zur Kostenerstattung. Bitte erkundigen Sie sich daher bei Ihrer eigenen Krankenversicherung wie auch bei der Versicherung bzw. Krankenkasse Ihres Ehegatten/ Partners nach deren Bestimmungen.

Von Versicherten in einer gesetzlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse benötigen wir immer einen Erstattungsnachweis der Krankenkasse. Bei Nichterstattung oder nur teilweiser Erstattung ist auch der Grund für die verminderte Leistung (möglichst mit Rechtsgrundlage) von der Krankenkasse anzugeben. Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, erstatten die gesetzlichen Krankenkassen i. d. R. 50 % der Kosten für die Maßnahmen, die am Körper des Versicherten durchgeführt werden. In der Satzung der jeweiligen Krankenkasse kann auch ein höherer Zuschuss festgesetzt sein.

Bei **freiwilliger Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse** sind die beihilfefähigen Aufwendungen um die Leistung der gesetzlichen Krankenkasse zu kürzen. Die Beihilfe wird aus dem verbleibenden Rest berechnet.

Sofern der Ehegatte des Beihilfeberechtigten **in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert** ist und die Krankenkasse die Behandlungskosten bezuschusst, gilt der sog. Sachleistungsverweis. Weil eine Sachleistung zusteht, wenn auch nur zu 50 % der Behandlungskosten, wird dem pflichtversicherten Ehegatten dann keine Beihilfe gewährt.

Ist der privat versicherte Beihilfeberechtigte erkrankt und damit Verursacher der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, so sind nur die Aufwendungen beihilfefähig, die an seinem Körper entstehen oder die ihm für extrakorporale Maßnahmen in Rechnung gestellt werden.

Medikamentengaben an seine Ehefrau zählen in diesem Fall nicht zu den extrakorporalen Maßnahmen, sondern müssen auch dann zweifelsfrei der Ehefrau zugeordnet werden, wenn

die Verordnung auf den Beihilfeberechtigten selbst ausgestellt wurde. Falls die Ehefrau in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert ist, wird zu diesen Kosten wegen des Sachleistungsverweises keine Beihilfe gewährt.

4. Allgemeine Hinweise

Diese Auskunft steht unter dem Vorbehalt des Gleichbleibens der ihr zugrundeliegenden Sach- und Rechtslage, insbesondere, dass die behandelte Person zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen entweder selbst beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten ist. Maßgebend sind die jeweiligen Verhältnisse zum Zeitpunkt der Behandlung.

Weitere Infos, z. B. Rechtsgrundlagen, Rundschreiben und Merkblätter, finden Sie auch unter www.kvbw.de. Um über Entwicklungen im Bereich der Beihilfe frühzeitig informiert zu werden, empfehlen wir, unseren elektronischen Newsletter zu abonnieren.

Anlage:

Ärztliche Bescheinigung V 61-51



BF Beihilfenummer

**Kommunaler Versorgungsverband
Baden-Württemberg**

- Beihilfeabteilung -
Postfach 10 01 61
76231 Karlsruhe

Hinweis:

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter www.kvbw.de/Informationspflichten.

1. Angaben zum Beihilfeberechtigten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Behandelt werden	(Ehe-)Mann	(Ehe-)Frau
Der (Ehe-)Partner des Beihilfeberechtigten ist		
privat versichert		
in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert		
in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert		

2. Folgende Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sind geplant:

Insemination
In-vitro-Fertilisation (IVF)
Intratubarer Gamententransfer (GIFT)
Intracytoplasmatische (morphologisch selektierte) Spermieninjektion (ICSI/IMSI)

3. Es wurde bereits eine Maßnahme der künstlichen Befruchtung durchgeführt: ja nein

Wenn ja: Datum der ersten Behandlungsmaßnahme/Beginn der Behandlung:

Bitte die Art der Maßnahme und die Anzahl der bereits durchgeführten Behandlungen angeben.

Insemination	IVF	GIFT	ICSI/IMSI
--------------	-----	------	-----------

4. Die künstliche Befruchtung ist auf eine Erkrankung

des (Ehe-)Mannes Diagnose:

der (Ehe-)Frau Diagnose:

beider (Ehe-)Partner Diagnose:

zurückzuführen.

Unterschrift/Stempel des Arztes

Ort, Datum

BF - 61_51 - 06/2019