

Zusammen mit Rechtsanwalt Holger Eberlein, Berlin, hat der BRZ die nachstehende Patienteninformation erarbeitet. Rückfragen dazu wollen Sie bitte richten an brz@repromed.de.

PATIENTENINFORMATION PKV

Liebe Patientinnen und Patienten,

da es hinsichtlich der Leistungspflichten der privaten Krankenversicherung (PKV) im Rahmen der Kinderwunschbehandlung immer wieder zu Missverständnissen und Irritationen kommt, möchten wir nachfolgend einen Überblick über Leistungsvoraussetzungen und Leistungsinhalte der Kostenerstattung durch eine PKV geben.

Unabhängig von den nachfolgenden Grundlagen ist jedoch darauf hinzuweisen, dass wesentliches Kriterium zunächst einmal der Versicherungsvertrag ist, dessen Inhalt unter Umständen deutlich von den nachfolgenden Grundsätzen abweichen kann. Wir raten daher grundsätzlich, den vereinbarten Versicherungsschutz individuell zu überprüfen und bei Unklarheiten, auch im Rahmen der Korrespondenz mit der PKV, anwaltlichen Rat in Anspruch zu nehmen.

Gemäß dem BRZ ist grundsätzlich Folgendes zu berücksichtigen:

- Die privat versicherte Person muss selbst erkrankt sein („Verursacherprinzip“). Eine darüber hinausgehende Abwägung in Haupt- oder Nebenverursachung in Fällen kombinierter Sterilität gibt es nicht.
- Bei künstlicher Befruchtung muss die Erfolgsaussicht hinsichtlich des Eintritts einer klinischen Schwangerschaft wenigstens 15 % betragen.
- Es gibt keine festen Altersgrenzen.
- Es gibt keine Beschränkung auf eine bestimmte Anzahl von Behandlungszyklen.
- Es gibt keine Beschränkung der Anzahl der zu behandelnden Eizellen pro Behandlungszyklus im Rahmen der ICSI.
- Sie müssen nicht verheiratet sein.
- Es besteht keine Verpflichtung, eine Krankenversicherung oder Krankenkasse der Partnerin/des Partners in Anspruch zu nehmen.
- Die Behandlung zählt als Gesamtbehandlung. Eine Aufteilung in Behandlungskosten, die vermeintlich der Frau oder dem Mann zuzurechnen sind, findet nicht statt.
- Urteile der Sozialgerichte haben keinen Einfluss auf die Pflichten der PKV.

Besteht vollständiger Versicherungsschutz durch die PKV, ist das nachfolgend beschriebene Vorgehen nicht notwendig.

In all denjenigen Fällen, in denen kein Versicherungsschutz zu 100 % durch die PKV besteht, kann es notwendig sein zu überprüfen, ob nicht auch andere Leistungsträger parallel zur PKV Leistungen zu erbringen haben. Sofern es sich hierbei um eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder um eine Beihilfestelle handelt, ist zu beachten, dass vor Behandlungsbeginn dort ein entsprechender Antrag gestellt und der Bescheid abgewartet wird. Falls eine gesetzliche Krankenversicherung ergänzend leistungspflichtig ist, erfordert der Antrag auch in diesem Fall wegen des Verbots der Teilleistungserbringung bei Abrechnung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) grundsätzlich die Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).