

Lernbrief

Anträge auf Schwangerschafts- abbruch/künstliche Befruchtung/ Empfängnisregelung bearbeiten

4.15
Teilprozess

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

Herausgeber:

AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Autorin: Sarah Held, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland –
Die Gesundheitskasse.

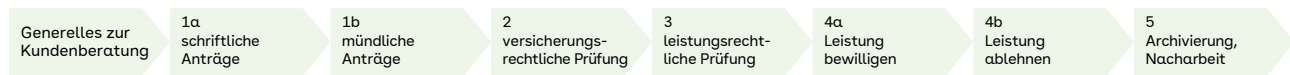
Bearbeitung: Anna-Carina Quast, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland –
Die Gesundheitskasse.

Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartner: Thomas Streißenberger, Tel.: 030 34646-3603

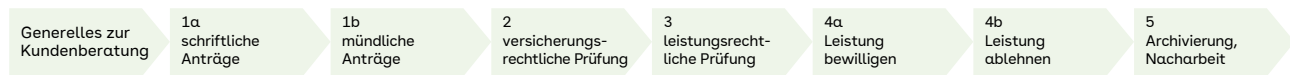
Druck und Vertrieb durch
Bonndruck GmbH, Frankfurter Straße 51, 57074 Siegen.

Vervielfältigung der Materialien oder einzelner Beiträge daraus
(auf fotomechanischem oder sonstigem Wege) ist nur mit vorheriger
Genehmigung des Herausgebers gestattet.



Gliederung

1 Einleitung	2
2 Lernziele	3
3 Allgemeines zur Familienplanung	3
4 Empfängnisregelung	5
4.1 Ärztliche Beratung	5
4.2 Empfängnisverhütende/empfängnisherbeiführende Mittel	5
4.2.1 Empfängnisverhütende Mittel	6
4.2.2 Empfängnisherbeiführende Mittel	7
5 Sterilisation	8
6 Schwangerschaftsabbruch	9
6.1 Nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch	9
6.1.1 Medizinische Indikation	9
6.1.2 Kriminologische Indikation	10
6.1.3 Leistungsumfang bei einer medizinischen oder kriminologischen Indikation	10
6.2 Rechtswidriger, aber straffreier Schwangerschaftsabbruch (Beratungsregelung)	11
6.3 Kostenübernahme durch den Staat/das Bundesland	12
7 Herstellung der Zeugungs- und Empfängnisfähigkeit	15
8 Künstliche Befruchtung	15
9 Zusammenfassende Selbstkontrolle	22
10 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	23



1 Einleitung

Kaum ein Thema interessiert junge Erwachsene und junge Familien so sehr wie die Familienplanung. Eine Schwangerschaft und deren Folgen haben nämlich für die Betroffene bzw. den Betroffenen erhebliche Auswirkungen auf die zukünftige Lebensgestaltung.

Der Gesetzgeber hat eine Reihe von Leistungen vorgesehen, um die Familienplanung zu unterstützen. Bei einigen Leistungen ist eine vorherige Genehmigung notwendig. Deshalb sollten Sie sich zumindest grob mit den Leistungen Ihrer AOK im Zusammenhang mit der Familienplanung auskennen.

Die Aussagen des Basisprozesses 4.0 sind zu beachten.

Hinweise

Sofern nicht erforderlich, haben wir in Beispielen und Übungen auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK bzw. von den Werten des aktuellen Kalenderjahres aus.

Die Textteile, deren Inhalte nicht prüfungsrelevant, aus unserer Sicht jedoch wichtig für das Gesamtverständnis und für die AOK-Praxis sind, haben wir in grüner Schrift gedruckt.

Haben Sie Tipps, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu den Inhalten des Lernbriefs? Dann zögern Sie nicht, uns anzusprechen.



2 Lernziele

Der Lernbrief soll Sie in der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

- die besondere Lebenssituation der betroffenen Person einzuschätzen
- Grenzen der eigenen Beratungstätigkeit zu erkennen und rechtzeitig an andere zuständige Mitarbeitende weiterzuleiten
- Anträge auf künstliche Befruchtung entgegenzunehmen
- Anträge auf Kostenübernahme eines Schwangerschaftsabbruchs entgegenzunehmen
- Leistungen der Familienplanung in ihren Grundzügen zu prüfen, um bei Anfragen oder Antragsentgegnung Hilfe leisten zu können

3 Allgemeines zur Familienplanung

Als Familienplanung werden Maßnahmen von Paaren bezeichnet, um die Zahl und den Zeitpunkt der Geburt von Kindern individuell zu planen. Mit dem gewandelten Familienbegriff änderte sich in den letzten Jahrzehnten aber auch die Bedeutung von Familienplanung. Heute wird nicht mehr unbedingt eine feste Partnerschaft für die Gründung (oder Erweiterung) der Familie vorausgesetzt.

Für die Familienplanung sind sehr unterschiedliche Parameter entscheidend. Hierzu gehören unter anderem neben der grundsätzlichen Übereinstimmung der Einstellungen beider Partner die persönlichen Ziele, Wertvorstellungen, Wünsche, die berufliche Karriere, Möglichkeiten der Kinderbetreuung und die Lebensplanung im Allgemeinen. Aber auch die objektive und subjektive persönliche Reife sowie das soziale Umfeld sind wichtige Faktoren, die bei der Familienplanung eine Rolle spielen.

Für die Familienplanung entscheidend ist die Trennung von Sexualität und Fortpflanzung. Die Methoden der Empfängnisregelung sind hier ein wichtiges Mittel. Insbesondere die hormonell wirkende Antibabypille, die in den 60er Jahren eingeführt wurde, aber auch Kondome erlauben den freizügigeren und unbeschwerteren Umgang mit der Sexualität. Gleichzeitig geben sie Paaren und insbesondere Frauen die Möglichkeit, mit größerer Freiheit über ihre Fortpflanzung selbst zu entscheiden.

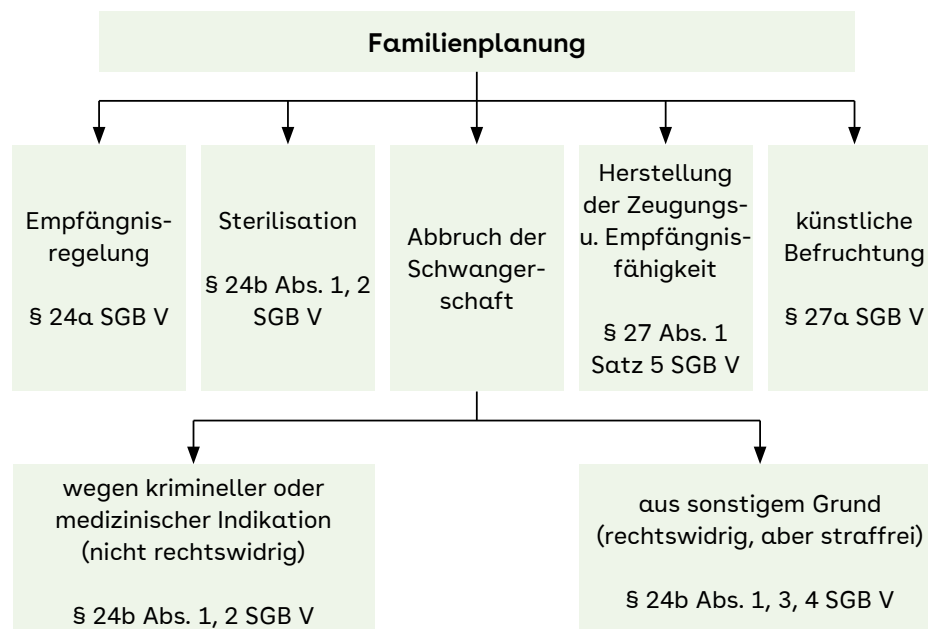
Die Methoden der natürlichen Familienplanung können sowohl zur Empfängnisregelung als auch bei Kinderwunsch eingesetzt werden.

Generelles zur Kundenberatung



Der Schwangerschaftsabbruch wird nur in Ausnahmesituationen akzeptiert und kann deshalb auch aus medizinischer Sicht nicht als Methode zur Familienplanung angesehen werden. Trotzdem werden in diesen Ausnahmesituationen Leistungen der Krankenversicherung angeboten.

Hier eine Übersicht über alle im Zusammenhang mit der Familienplanung in Betracht kommenden Leistungen einschließlich deren gesetzlicher Grundlagen.





4 Empfängnisregelung

Lernbeispiel 1

1b
mündliche
Anträge

Ihre Kundin Anke Hermann, 24 Jahre, kommt in das Kundencenter der AOK. Sie beschwert sich bei Ihnen, dass sie gerade in der Apotheke für die „Pille“ die vollen Kosten des Medikaments gezahlt hat. Ihre Freundin, die bei einer Mitbewerberkrankenkasse versichert ist, hat für das gleiche Mittel nur die sonst übliche Zuzahlung von 5 € bezahlt. Sie bittet um Erstattung der Kosten.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Die Empfängnisregelung hat sowohl die Herbeiführung als auch die Verhütung einer Schwangerschaft zum Ziel. In diesem Rahmen ist bei beiden Zielsetzungen zu unterscheiden zwischen

- der ärztlichen Beratung und
- der Abgabe empfängnisverhütender bzw. schwangerschaftsherbeiführender Mittel.

Eine allgemeine Sexuaufklärung/-beratung fällt nicht unter die Leistungspflicht der Krankenversicherung.

ESA-RL,
Ziff. B

Einzelheiten über die jeweiligen Untersuchungen und Verordnungen regelt Abschnitt B der Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL).

4.1 Ärztliche Beratung

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 24a Abs. 1
Satz 1 SGB V

Kunden der AOK, sowohl weibliche als auch männliche, können sich zulasten ihrer Krankenkasse über Fragen der Empfängnisregelung ärztlich beraten lassen. Diese ärztliche Beratung bezieht sich in der Praxis vor allem auf die Beantwortung individueller Fragen bezüglich

- der Verträglichkeit von Verhütungsmitteln,
- möglicher Gefahren, die eine zukünftige Schwangerschaft für Mutter und Kind haben könnten (z.B. bei Erbbelastungen, Gen-Defekten) und
- Möglichkeiten der Herbeiführung einer Schwangerschaft.

Die ärztliche Beratung beinhaltet außerdem

§ 24a Abs. 1
Satz 2 SGB V

- die erforderlichen Untersuchungen und
- die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln.

Die Verordnung für rezeptpflichtige Mittel zählt also ebenfalls noch mit zur ärztlichen Beratung.

Die Leistungen der Empfängnisregelung erhält die Versicherte nach Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte bei ihrem Arzt oder ihrer Ärztin. Dieser rechnet seinen Vergütungsanspruch wie bei der normalen ärztlichen Krankenbehandlung über die Kassenärztliche Vereinigung ab. Der Versicherten entstehen keine Kosten.

§ 73 Abs. 2
Satz 1 Nr. 11
SGB V

4.2 Empfängnisverhütende/empfangnisherbeiführende Mittel

Die Empfängnisregelung beinhaltet sowohl die Verordnung von empfängnisverhütenden als auch empfangnisherbeiführenden Arzneimitteln und Applikationen.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

ESA-RL,
Abschn. B
Ziff. 3



4.2.1 Empfängnisverhütende Mittel

ESA-RL,
Ziff. B
Nr. 12

Die Verordnung von Arzneimitteln zur Empfängnisverhütung soll vom Arzt/der Ärztin möglichst für einen Zeitraum von sechs Monaten erfolgen. Die Verordnung des Mittels selbst auf Rezept ist noch Teil der ärztlichen Behandlung; das Arzneimittel dagegen fällt nicht unter die Leistungspflicht der Krankenversicherung. Allerdings gibt es hiervon eine Ausnahme:

§ 24a Abs. 2
SGB V

Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr (das Datum der Verordnung ist maßgebend) haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln.

Das bedeutet, die Kosten für

GR v.
15.03.2023,
Ziff. 2.4.

- hormonal wirkende Kontrazeptiva (z.B. Antibabypille, Dreimonatsspritze, Hormonpflaster, Verhütungstäbchen, Vaginalring) oder
- für mechanisch wirkende Mittel (z.B. Portio-Kappe, Spirale mit und ohne Hormone) einschließlich dem Einsetzen durch den Arzt bzw. die Ärztin und der späteren Ultraschallkontrolle

werden von der Krankenkasse übernommen.

Mit Inkrafttreten des „Gesetzes zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch“ wurde der § 24a SGB V zum 29. 03. 2019 angepasst. Die Altersgrenze wurde demnach von bisher 20 auf die Vollendung des 22. Lebensjahres angehoben, weil gerade Frauen unter der Altersgrenze durch die Kosten der Empfängnisverhütung überfordert werden. Entscheidend ist dabei das Datum, an dem das Rezept ausgestellt wurde.

Grundsätzlich ist das zulasten der AOK verordnete empfängnisverhütende Mittel wie ein im Rahmen der Krankenbehandlung verabreichtes Mittel zuzahlungspflichtig. Wegen der Zuzahlungsfreiheit von Versicherten, die noch keine 18 Jahre alt sind, sind von der Zuzahlung praktisch nur Kundinnen im Alter von 18 bis 21 Jahre betroffen (für Versicherte, die 22 Jahre und älter sind, werden die Arzneimittel und Applikationen nicht mehr durch die Krankenversicherung finanziert). Die jährliche Zuzahlung hält sich allerdings bei den 18- bis 21-Jährigen in Grenzen, weil der Arzt bzw. die Ärztin die Mittel in der Regel möglichst für einen Zeitraum von sechs Monaten verordnen soll. Dadurch wird die Zuzahlung für das Mittel gegebenenfalls nur zweimal (statt viermal) im Kalenderjahr fällig.

Im Frühjahr 2015 wurde die Verschreibungspflicht für Notfallkontrazeptiva („Pille danach“) aufgehoben. Apotheken können die „Pille danach“ ohne Rezept an Frauen im „gebärfähigen Alter“ abgeben. Das Medikament soll an die betroffene Frau persönlich ausgehändigt werden. Für Frauen bis zum 22. Geburtstag übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten, falls ein Arzt bzw. eine Ärztin eine entsprechende Verordnung ausgestellt hat. Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr fällt dann grds. eine Rezeptgebühr in der Apotheke an.

Die „Pille danach“ ist nicht zu verwechseln mit der „Abtreibungspille“, die als Wirkstoff Mifepriston enthält.

§ 24a Abs. 2
Satz 2 SGB V,
GR v.
15. 03. 2023,
Ziff. 2.4,
Abs. 4, 5



4b
Leistung
ablehnen

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 5

Für Versicherte, die 22 Jahre und älter sind, sieht der Gesetzgeber keine Übernahme der Kosten für empfängnisverhütende Arzneimittel mehr vor. Eine Kostenerstattung hierfür erfolgt nicht. Die entstandenen Kosten der ärztlichen Tätigkeit werden von der AOK übernommen und über die elektronische Gesundheitskarte mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Es ist davon auszugehen, dass die Freundin das 22. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und nicht von der Zuzahlung befreit ist.

Merke

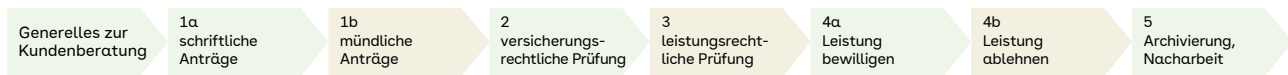
Im Rahmen der Leistungen zur Empfängnisregelung übernimmt die AOK Kosten für die ärztliche Beratung, Untersuchung und Verordnung empfängnisverhütender Mittel. Hat eine Kundin das 22. Lebensjahr noch nicht vollendet, übernimmt die AOK auch die Kosten für das Mittel selbst. Ausgeschlossen sind allerdings Mittel, die nicht verschreibungspflichtig sind. Kundinnen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, beteiligen sich mit der üblichen Zuzahlung an den Kosten für das Arzneimittel. Besonderheiten gelten bei der „Pille danach“.

4.2.2 Empfängnisherbeiführende Mittel

Werden verschreibungspflichtige Arzneien dazu benötigt, die Herbeiführung einer Schwangerschaft zu unterstützen, sind sie leistungsrechtlich der Krankenbehandlung zuzuordnen. Sie gelten deshalb als Arzneimittel i.S.d. § 31 SGB V und ihre Kosten sind nach Verordnung auf einem Rezept durch den behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin von der AOK zu übernehmen. Eine Altersgrenze ist nicht vorgesehen.

Im Übrigen gelten die Zuzahlungsregelungen des § 31 Abs. 2 bis 4 SGB V.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung



5 Sterilisation

Lernbeispiel 2

1b
mündliche
Anträge

Walter Backes, 35 Jahre, ist verheiratet und hat zwei Kinder. Bei ihm und bei seiner Ehefrau besteht kein weiterer Kinderwunsch. Aus diesem Grund spricht er bei Ihnen vor und fragt, ob sich die AOK an den Kosten für eine Sterilisation beteiligt.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 24b
Abs. 1, 2
SGB V,
ESA-RL,
Abschn. C,
GR v.
15. 03. 2023,
Ziff. 3.3.1

Nicht selten entscheiden sich Kunden zu einer dauerhaften Verhütungsmethode, der Sterilisation. Meist sind es Kunden, die ihre Familienplanung abgeschlossen haben oder bei denen durch eine Schwangerschaft schwere gesundheitliche Schäden (für sich selbst oder für den Fötus) drohen können.

Die AOK hat die Kosten für eine Sterilisation zu übernehmen, wenn die Sterilisation wegen einer Krankheit notwendig wird.

Der behandelnde Gynäkologe oder Urologe entscheidet, ob eine medizinische Begründung für die Notwendigkeit einer solchen operativen Maßnahme gegeben ist. Eine Unverträglichkeit der „Pille“ oder von Kondomen führt nicht zu einem Anspruch auf Kostenübernahme einer Sterilisation durch die Krankenkasse.

Eine Sterilisation kann (je nach den Verhältnissen des Einzelfalls und den medizinischen Risiken) z.B. in der Arztpraxis ambulant oder in einem Krankenhaus stationär durchgeführt werden. Bei Kundinnen ist eher die ambulante Sterilisation in geeigneten tageschirurgischen Einrichtungen die Regel, bei männlichen Kunden wird die Sterilisation häufig ambulant in der Praxis des Urologen durchgeführt. Die Kosten belaufen sich beim Mann zwischen 450 und 500 € und bei der Frau

abhängig vom Sterilisationsverfahren zwischen 600 und 1.600 €.

Bei einer ambulanten Sterilisation mit medizinischer Begründung kann der Kunde bzw. die Kundin den Anspruch auf AOK-Leistungen gegenüber dem Arzt oder der Ärztin durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte nachweisen. Der Arzt/die Ärztin rechnet dann sein Honorar wie jede andere ärztliche Behandlung über die Kassenärztliche Vereinigung ab.

Allerdings hat der Kunde bzw. die Kundin die sonst üblichen Zuzahlungen zu leisten. Das sind bei der Abgabe von Arznei- und Verbandmitteln (z.B. nach ambulanter Sterilisation in der Arztpraxis) die in § 31 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V aufgeführten Zuzahlungen.

Bei einer stationären Sterilisation hat der Kunde bzw. die Kundin die tägliche Zuzahlung in Höhe von 10 € pro Tag für die Zeit des Krankenhausaufenthalts, längstens für 28 Tage je Kalenderjahr, zu leisten (vgl. § 39 Abs. 4 SGB V).

Merke

Die AOK übernimmt die Kosten einer wegen Krankheit notwendigen Sterilisation für ihre Kunden. Der Eingriff kann sowohl im Rahmen einer ambulanten als auch einer stationären Behandlung durchgeführt werden.

Lösung zum Lernbeispiel 2

Die Kosten der Sterilisation sind bei Walter Backes oder seiner Frau nicht von der AOK zu zahlen, weil keine medizinischen Gründe ursächlich für den Sterilisationswunsch sind.

4b
Leistung
ablehnen



6 Schwangerschaftsabbruch

3 leistungsrechtliche Prüfung

Unter einem Schwangerschaftsabbruch (medizinisch *abruptio graviditatis*, umgangssprachlich auch *Abtreibung*) versteht man die Entfernung oder Herbeiführung der Ausstoßung einer Leibesfrucht (Embryo oder Fötus) aus der Gebärmutter. Er dient der Beendigung einer unerwünschten oder die Gesundheit der Frau gefährdenden Schwangerschaft.

Von einem Schwangerschaftsabbruch zu unterscheiden ist der Begriff der Fehlgeburt (Abort). Eine Fehlgeburt ist die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaftswoche, wobei das Geburtsgewicht unter 500 Gramm liegt und die 24. Schwangerschaftswoche noch nicht erreicht wurde.

Schwangerschaftsabbrüche werden in der Regel ambulant (sowohl beim niedergelassenen Arzt/der Ärztin als auch im Krankenhaus im Rahmen des § 115b SGB V) durchgeführt. Eine stationäre Behandlung ist nur im Ausnahmefall notwendig.

§ 24b Abs. 1, 2 SGB V

Versicherte haben gegenüber ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf Leistungen bei einem durch einen Arzt bzw. Ärztin vorgenommenen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch.

§ 24b Abs. 3, 4 SGB V, ESA-RL, Abschn. D, Ziff. 3, GR v. 15. 03. 2023, Ziff. 3.4

Zusätzlich hat der Gesetzgeber einen Anspruch auf Leistungen auch dann eingeräumt, wenn ein rechtswidriger, aber straffreier Abbruch der Schwangerschaft vorgenommen wird. In diesem Rahmen werden von der Krankenkasse nicht alle Kosten übernommen. Die Kosten für die ausgeschlossenen Leistungen werden aber ggf. von der Krankenkasse im Auftrag des jeweiligen Bundeslandes genehmigt und getragen.

6.1 Nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch

6.1.1 Medizinische Indikation

Ein mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt/einer Ärztin vorgenommener Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn

- eine medizinische Indikation vorliegt. Dieses ist dann der Fall, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustands der Schwangeren abzuwenden

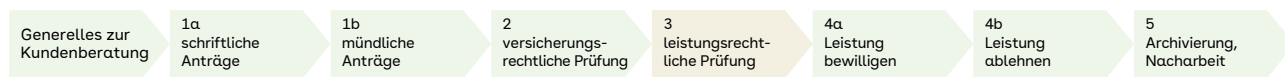
und

- die Gefahr nicht auf eine andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann.

Zwei Ärzte/innen haben zu entscheiden, ob eine medizinische Indikation vorliegt. Zum einen der Arzt/die Ärztin bei der Diagnosestellung und zum anderen der Arzt/die Ärztin, welche/r den Schwangerschaftsabbruch vornehmen soll. Das Vorliegen eines auffälligen Befunds des Fötus ist keine ausreichende Begründung für eine medizinische Indikation. Eine medizinische Indikation kommt allerdings dann in Frage, wenn ein Abbruch erwogen wird, weil aus ärztlicher Sicht mit einer erheblichen gesundheitlichen Schädigung des Kindes zu rechnen wäre (frühere „embryopathische“ oder „eugenische“ Indikation). Auch in diesem Fall kommt es aber letztlich darauf an, ob die körperliche oder

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 218a Abs. 2 StGB, ESA-RL, Abschn. D, Ziff. 2, Buchst. a GR v. 15. 03. 2023, Ziff. 3.3.2.1



seelische Gesundheit der Frau ernstlich gefährdet wäre, wenn sie die Schwangerschaft fortsetzen würde.

Der Schwangerschaftsabbruch bei einer medizinischen Indikation ist jederzeit möglich.

6.1.2 Kriminologische Indikation

§ 218a Abs. 3 StGB, ESA-RL, Abschn. D, Ziff. 2, Buchst. b, GR v. 15. 03. 2023, Ziff. 3.3.2.2

Nicht rechtswidrig ist auch ein Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt bzw. einer Ärztin vorgenommen wird, wenn

- nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 178 StGB (sexueller Missbrauch von Kindern, Vergewaltigung, sexuelle Nötigung) begangen worden ist (kriminologische Indikation) und
- seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

Jede/r in Deutschland approbierte Arzt/Ärztin ist prinzipiell befugt, eine kriminologische Indikation festzustellen. Es ist nicht erforderlich, dass die Frau wegen der fraglichen Straftat Anzeige erstattet hat oder diese anderweitig (z.B. durch ärztliche Untersuchung direkt nach der Tat) dokumentiert ist.

6.1.3 Leistungsumfang bei einer medizinischen oder kriminologischen Indikation

§ 24b Abs. 2 SGB V, GR v. 15. 03. 2023, Ziff. 3.3.2.3, ff.

Sofern für einen Schwangerschaftsabbruch eine medizinische oder kriminologische Indikation vorliegt, haben Versicherte Anspruch auf Übernahme der vollen Kosten durch die Krankenkasse. Das bedeutet, dass die Versicherte zulasten der Krankenversi-

cherung folgende Leistungen erhalten kann:

- ärztliche Beratung über Erhalt bzw. Abbruch der Schwangerschaft
- ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch
- ärztliche Behandlung
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln
- Krankenhausbehandlung
- Krankengeld

Außerdem erhalten Arbeitnehmerinnen für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber.

Diese Leistungen sind Ihnen bereits aus anderen Lernbriefen bekannt. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen. Einzelheiten zum Leistungsumfang der Krankenkassen sind im Übrigen im GR vom 15. 03. 2023, Ziff. 3.3.3 bis 3.3.7 beschrieben.

Die vom Arzt bzw. Ärztin getroffene Feststellung, dass eine medizinische oder kriminologische Indikation für den Abbruch der Schwangerschaft vorliegt, ist für die Krankenkassen verbindlich und verpflichtet sie, im erforderlichen Rahmen Leistungen zu erbringen. Die Kosten werden generell über die elektronische Gesundheitskarte abgerechnet. Vorherige Kostenzusagen haben bei einem ambulant durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nicht zu erfolgen, da der Vertragsarzt/die Vertragsärztin sein Honorar direkt mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnet.

§ 3 Abs. 2 Satz 1 EntgFG



Merke

Die AOK übernimmt für ihre Kundinnen die Kosten eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs. Der Schwangerschaftsabbruch ist dann nicht rechtswidrig, wenn ärztlicherseits eine medizinische oder kriminologische Indikation bescheinigt wird.

- der Abbruch innerhalb von zwölf Wochen nach Empfängnis von einem/r Arzt/Ärztin vollzogen wird.

Die vom Arzt/von der Ärztin getroffene Feststellung, dass die Voraussetzungen für einen rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch vorliegen, ist für die Krankenkasse bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen verbindlich.

Bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch liegt eine eingeschränkte Leistungspflicht der Krankenkassen vor.

§ 24b Abs. 3 SGB V

Eine Aufzählung der ausgeschlossenen Leistungen (Leistungen, die unmittelbar aufgrund des Schwangerschaftsabbruchs notwendig werden) enthält § 24b Abs. 4 SGB V. Ausgeschlossene Leistungen sind demnach:

§ 24b Abs. 4 SGB V, ESA-RL, Abschn. D, Ziff. 3, GR v. 15. 03. 2023, Ziff. 3.4

- die Anästhesie
- der operative Eingriff oder die Gabe einer den Schwangerschaftsabbruch herbeiführenden Medikation (z.B. Mifegyne®, vormalig RU 486)
- die vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter
- die Injektion von Medikamenten
- die Gabe eines Wehen auslösenden Medikaments
- die Assistenz durch einen anderen Arzt
- die körperlichen Untersuchungen im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitung und der Überwachung im direkten Anschluss an die Operation

Sachkosten, die mit diesen ärztlichen Leistungen im Zusammenhang stehen (insbesondere Narkosemittel, Verbandmittel, Abdecktücher, Desinfektionsmittel), fallen ebenfalls nicht in die Leistungspflicht der Krankenkasse.

6.2 Rechtswidriger, aber straffreier Schwangerschaftsabbruch (Beratungsregelung)

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 218a Abs. 1 StGB

In besonderen Ausnahmesituationen kann ein Schwangerschaftsabbruch in Betracht kommen, wenn der Schwangeren durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt. In diesen Fällen ist der Schwangerschaftsabbruch zwar rechtswidrig, aber nicht strafbar. Voraussetzung ist, dass keine medizinische oder kriminologische Indikation vorliegt und dass

ESA-RL, Abschn. D, Ziff. 3., GR v. 15.03.2023, Ziff. 3.4.

- eine Bescheinigung einer anerkannten Konfliktberatungsstelle (z.B. Pro Familia, Arbeiterwohlfahrt, Diakonisches Werk) vorliegt (Hinweis: Das Datum der Bescheinigung muss mindestens drei Tage vor dem Eingriff liegen; die Beratung durch die Beratungsstelle ist kostenlos und wird auf Wunsch anonym durchgeführt. Die Berater stehen unter Schweigepflicht.)

und



Die Krankenkasse übernimmt letztendlich nur die Kosten für die ärztlichen Leistungen und für die Medikamente vor dem Eingriff und für eventuell eintretende Komplikationen danach.

Bei stationärer Behandlung sind die Kosten eines typischen Behandlungsfalls nicht zu übernehmen. Die AOK übernimmt deshalb in diesen Fällen bei mehrtägiger Krankenhausbehandlung gegebenenfalls einen Teil der DRG-Fallpauschale (778,28 € im Jahr 2025).

§ 3 Abs. 2 Satz 2 EntgFG, GR v. 25. 06. 1998 zu § 3 EntgFG, Ziff. 2

Aus dem Umkehrschluss des § 24b Abs. 2 SGB V ergibt sich, dass Frauen in solchen Fällen keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Allerdings erhalten Arbeitnehmerinnen bei Arbeitsunfähigkeit Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber.

Einzelheiten zum Leistungsumfang der Krankenkassen bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch sind im GR vom 15. 03. 2023, Ziff. 3.4 beschrieben.

Merke

Bei rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbrüchen besteht eine eingeschränkte Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse. Ausgenommen von der Kostenübernahme ist die ärztliche Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs selbst, sowie die medizinische Nachsorge beim komplikationslosen Verlauf. Diese Kosten trägt die Frau. Bei rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbrüchen kann zwar ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung bestehen, jedoch nicht auf Krankengeld.

6.3 Kostenübernahme durch den Staat/das Bundesland

Nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG) besteht bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch die Möglichkeit, dass die Frau mit dem Teil des Schwangerschaftsabbruchs, dessen Kosten nicht von der Krankenkasse getragen werden, finanziell nicht belastet wird.

3 leistungsrechtliche Prüfung

Nach dem eben erwähnten Gesetz hat eine Frau Anspruch auf Übernahme der Kosten für den eigentlichen Schwangerschaftsabbruch gegenüber dem Land, wenn ihr die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zuzumuten ist und sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat.

§ 19 Abs. 1 SchKG

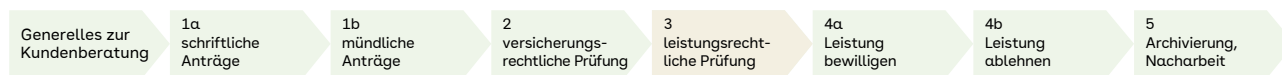
Zuständig für die Beurteilung der Kostenbefreiung ist die Krankenkasse, bei der die Frau gesetzlich krankenversichert ist. Besteht keine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung, kann die Frau einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung am Ort ihres Wohnsitzes oder ihres gewöhnlichen Aufenthalts wählen.

GR v. 15. 03. 2023, Ziff. 4.10

Frauen ist die Aufbringung der Mittel für einen Schwangerschaftsabbruch nicht zuzumuten, wenn sie zu folgenden Personengruppen zählen:

§ 19 Abs. 3 SchKG

- Bezieher von laufender Hilfe nach dem SGB XII
- Bezieher von Leistungen nach dem SGB II
- Frauen, die zulasten der Sozial- oder Jugendhilfe in einem Heim, einer Anstalt oder gleichartigen Einrichtung untergebracht sind



- Bezieher von Leistungen nach dem Berufsausbildungsförderungsgesetz
- Bezieher von Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)
- Leistungsbezieher nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

§ 19 Abs. 2 SchKG

In diesen Fällen übernimmt das jeweilige Bundesland die sonst von der Frau aufzubringenden Kosten.

Anspruchsberechtigt sind ferner Frauen,

- deren persönliche verfügbare monatliche Nettoeinkünfte 1.446 € nicht übersteigen und
- denen persönliches Vermögen kurzfristig nicht zur Verfügung steht (oder der Einsatz des Vermögens für sie eine unbillige Härte bedeuten würde).

Das Kindergeld wird nicht auf die Höhe des Nettoeinkommens angerechnet.

Die Einkommensgrenze zur Berechnung der monatlichen Nettoeinkünfte erhöht sich um 343 € für jedes minderjährige Kind, dem die Frau gegenüber unterhaltsverpflichtet ist, wenn das Kind ihrem Haushalt angehört oder von der Frau überwiegend unterhalten wird. Übersteigen die Kosten der Unterkunft für die Frau und deren Kinder (Warmmiete ohne Stromkosten oder die Aufwendungen für Wohnungseigentum) 424 €, so erhöht sich die Einkommensgrenze um den Mehrbetrag (allerdings höchstens um 424 € sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern). Es reicht eine glaubhafte Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse aus.

Nähere Einzelheiten sind im GR vom 15. 03. 2023 und der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch Abschnitt D, Ziff. 4 beschrieben.

Beispiel 1

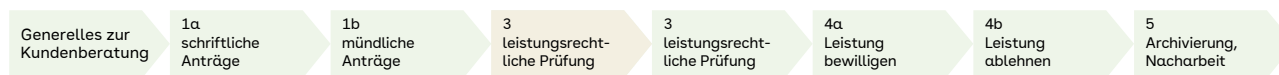
Eine alleinlebende Frau mit zwei Kindern hat im letzten Kalendermonat vor der Antragstellung Nettoeinkünfte in Höhe von 1.780 €. Sie wohnt in Köln und erhält für ihre beiden Kinder jeweils Kindergeld in Höhe von 255 € mtl. und muss für ihre Wohnung eine Warmmiete (ohne Stromkosten) in Höhe von 700 € zahlen.

Berechnung der Freigrenze:

allgemeine Einkommensgrenze		1.446 €
Erhöhung für das 1. Kind		343 €
Erhöhung für das 2. Kind		343 €
Mietkosten		700 €
abzüglich Pauschbetrag		424 €
		<hr/> 276 €
höchst anzuerkennender Betrag für Mietkosten	424 €	<hr/> 276 €
Einkommensgrenze		2.408 €

Ergebnis

Das Kindergeld für die Kinder wird nicht mit auf das Einkommen der Frau angerechnet. Ihre monatlichen Nettoeinkünfte in Höhe von 1.780 € übersteigen die Einkommensgrenze von 2.408 € nicht. Der Frau ist daher die Aufbringung der Mittel für einen Schwangerschaftsabbruch nicht zuzumuten. Sie hat deshalb einen Anspruch auf Kostenübernahme.



Beispiel 2

Eine alleinstehende Frau mit einem Kind hat im letzten Kalendermonat vor der Antragstellung Einkünfte in Höhe von insgesamt 2.300 € ohne Kindergeld. Die Miete für die Wohnung beträgt 900 €.

Berechnung der Freigrenze:

allgemeine Einkommensgrenze	1.446 €
Erhöhung für das 1. Kind	343 €
Gesamt	1.789 €
Mietkosten	900 €
abzüglich Pauschbetrag	424 €
Gesamt	476 €

Die Freigrenze wird also um den Betrag von maximal 424 € erhöht:

allgemeine Einkommensgrenze	1.789 €
Erhöhungsbetrag	424 €
Gesamt	2.213 €

Das berücksichtigungsfähige Einkommen beträgt 2.300 € (Kindergeld wird nicht dem Einkommen der Frau zugerechnet).

Ergebnis

Nach Abzug des Pauschbetrags liegen die Mietkosten über dem Höchstbetrag von 424 €, sodass dieser auch nur bei der Berechnung der Freigrenze angesetzt wird.

Die Einkünfte (2.300 €) der Frau liegen über der Freigrenze (2.213 €).

Der Frau ist daher die Aufbringung der Mittel für einen Schwangerschaftsabbruch zuzumuten. Die Anspruchsberechtigung ist nicht gegeben.

Die Vordrucke zur Prüfung des Anspruchs sind von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Teilweise stehen die Vordrucke nur digital zur Verfügung und müssen über ein Online-Tool ausgefüllt werden. Wie das Verfahren zwischen Ihrer AOK, dem Land und der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart ist, erfahren Sie bei Ihrer AOK.

Erfüllt die beantragende Frau die Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch das Land, stellt ihr die Krankenkasse einen Berechtigungsschein aus, mit dem die Frau zum Arzt /zur Ärztin ihrer Wahl geht. Diese/r rechnet seine Leistungen mit der Krankenkasse ab, die die Kosten wiederum intern mit dem jeweiligen Bundesland abrechnet.

Die Kasse hat nur das Recht, Einkünfte über das persönliche Einkommen und Vermögen einzuholen, nicht über die Gründe des Abbruchs. Die Kostenübernahme muss vorher beantragt und genehmigt werden.

GR v.
15. 03. 2023,
Ziff. 4.10



7 Herstellung der Zeugungs- und Empfängnisfähigkeit

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 27 Abs. 1
Satz 5 SGB V

Zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören auch Maßnahmen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit. Nach § 27 Abs. 1 Satz 5 SGB V kommen Maßnahmen zur Herstellung der Zeugungs- und Empfängnisfähigkeit nach erfolgter Sterilisation nur ausnahmsweise in Betracht, wenn

- die Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit nicht vorhanden war oder
- durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verloren gegangen war.

Versicherte, die sich im Rahmen ihrer Familienplanung sterilisieren ließen, haben somit keinen Anspruch mehr auf Wiederherstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit.

Die Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- und Empfängnisfähigkeit zählen zu den Leistungen der Krankenbehandlung. Bezüglich der Zuzahlungen gelten die für die Krankenbehandlung gültigen Bestimmungen.

8 Künstliche Befruchtung

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 27a SGB V,
KB-RL, GR v.
26. 11. 2003

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst auch die Maßnahmen einer künstlichen Befruchtung. Im Rahmen der künstlichen Befruchtung i.S.d. § 27a SGB V sind je nach vorliegender Störung unterschiedliche Verfahren möglich. Hierzu zählen die Insemination im Spontanzklus oder nach vorheriger hormoneller Stimulation der Frau, die In-Vitro-Fertilisation (IVF), der intratubare Gameten-Transfer (GIFT) und die Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).

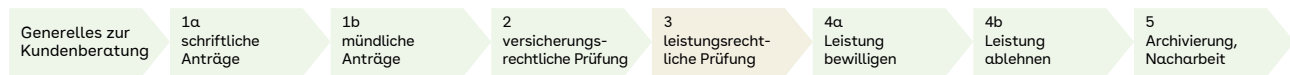
Der Anspruch auf Leistungen der AOK besteht nur für weibliche Versicherte, die das 25. Lebensjahr, aber noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben. Zwingende Voraussetzungen sind auch,

- dass die Personen, die diese Maßnahme in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
- ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden,
- dass keiner der Ehegatten sich bewusst vorher ohne krankheitsbedingten Grund hat sterilisieren lassen (BSG-Urteil v. 21. 06. 2005, AZ: B 8 KN 1/04 KRR) und
- dass der männliche Ehegatte das 25. Lebensjahr, aber noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet hat.

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Versicherte auch Anspruch auf eine Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen.

§ 27a Abs. 4
SGB V

Vergleichen Sie hierzu die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstliche Befruchtung i. d. F. vom 16. 12. 2021, Nr. 2 und 4).



Erläuterungen zu den Methoden der künstlichen Befruchtung

Insemination (im Spontanzyklus oder nach hormoneller Stimulation)

Bei eingeschränkter Samenqualität kann eine spezielle Aufarbeitung des Spermias mit Herausfiltern der besten Spermien sinnvoll sein. Diese können dann zum Zeitpunkt des Eisprungs mittels eines kleinen Plastikschräuchs in die Gebärmutterhöhle eingebracht werden. Ziel dieser Maßnahme ist es, die Anzahl befruchtungsfähiger Spermien im Eileiter der Frau so zu erhöhen, dass eine erfolgreiche Befruchtung wahrscheinlicher wird.

Gegebenenfalls ist eine vorherige Hormonbehandlung erforderlich. Diese Hormone regen die Eizellreifung an. Ab dem achten Zyklustag wird die Eizellreifung mittels Ultraschall und Blutuntersuchung kontrolliert. Ist der Follikel groß genug (ca. 18 bis 20 mm), wird der Eisprung mit einem weiteren Hormon ausgelöst.

Intratubarer Gametentransfer

Dieses Verfahren unterscheidet sich von der In-Vitro-Fertilisation und dem Embryotransfer dadurch, dass bei einer Bauchspiegelung Eizellen abgesaugt und direkt mit zuvor aufbereiteten Samenzellen in den Trichter (Tube) des Eileiters gebracht werden. Die Befruchtung findet also im Körper der Frau statt.

Voraussetzung sind durchgängige Eileiter. Die Erfolgsquote liegt bei ca. 20 Geburten pro 100 Transfers. Das Risiko einer Eileiterschwangerschaft ist bei diesem Verfahren erhöht (10 bis 20 %). Ein Nachteil besteht darin, dass eine Bauchspiegelung mit Vollnarkose durchgeführt werden muss.

In-Vitro-Fertilisation (IVF)

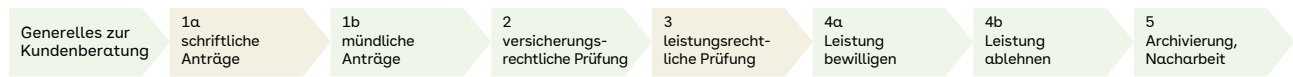
Lateinisch zusammengesetztes Wort: in vitro = im Glas, Fertilisation = Befruchtung

Die Befruchtung von Ei- und Samenzellen erfolgt außerhalb der Gebärmutter in einem Schälchen. Diese Methode wird bei einem Eileiterverschluss der Frau oder bei sehr stark eingeschränkter Qualität der Samenzellen angewendet, oder wenn es durch eine Insemination nicht zu einer Schwangerschaft gekommen ist. Zunächst wird bei der Frau durch hormonelle Stimulation die Bildung von mehreren Eizellen im Eierstock angeregt. Mit Hilfe des Ultraschalls werden die Eizellen dann meist über die Scheide aus dem Eierstock abgesaugt (transvaginale Follikelpunktion). Die so gewonnenen Eizellen werden im Anschluss mit den durch Masturbation gewonnenen Samenzellen in einer Nährlösung zusammengebracht. Meist verbleiben die Ei- und Samenzellen 24 Stunden in einem Wärmeschrank bei 37 °C. Dann wird unter dem Mikroskop überprüft, ob es zu einer Befruchtung gekommen ist. Wenn dies der Fall ist, werden meist nach weiteren 24 bis 48 Stunden maximal drei befruchtete Eizellen in die Gebärmutterhöhle übertragen (Embryotransfer). Bei Frauen unter 35 Jahren wird empfohlen, nur zwei befruchtete Eizellen zurückzusetzen. So kann das Risiko einer Mehrlingschwangerschaft vermindert werden.

Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Lateinisch zusammengesetztes Wort: intra = in, hinein, Cytoplasma = Zellinhalt, Spermium = männliche Samenzelle

4.15 · Anträge auf Schwangerschaftsabbruch/künstliche Befruchtung/Empfängnisregelung bearbeiten



Hierbei handelt es sich um eine Weiterentwicklung der In-vitro-Fertilisation. Unter einem speziellen Mikroskop wird ein einzelnes Spermium in eine dünne Pipette aufgezogen und direkt in die Eizelle eingebracht. Diese Methode wird vor allem angewendet, wenn die Ursache der Kinderlosigkeit beim Mann liegt. Dies kann der Fall sein, wenn nur wenige Samenzellen produziert werden oder die vorhandenen kaum beweglich sind. Die Samenzellen sind dann nicht in der Lage, die Hülle der Eizelle zu durchdringen. ICSI ahmt diesen natürlichen Vorgang nach. Der weitere Vorgang der Befruchtung, also das Verschmelzen des mütterlichen und väterlichen Erbmaterials, bleibt davon unberührt.

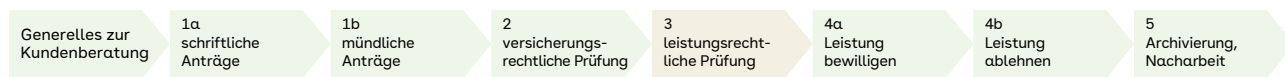
1a
schriftliche
Anträge

Vor Beginn der Behandlung ist der AOK immer ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen.



<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten geb. am _____</p> <p>Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status</p> <p>Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum</p>	<p>Behandlungsplan 70</p> <p>für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten</p> <p>I Indikation(en) gemäß Nummern 11.1-11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																								
<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten geb. am _____</p> <p>Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status</p> <p>Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum</p>	<p>II Geplante Behandlungsmaßnahme</p> <p><input type="checkbox"/> Insemination im Spontanzklus (gemäß Nr. 10.1)</p> <p><input type="checkbox"/> Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)</p> <p><input type="checkbox"/> In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)</p> <p><input type="checkbox"/> Intratubarer-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)</p> <p><input type="checkbox"/> Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)</p> <p>Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen (gemäß Nr. 10.1-10.5) _____</p>																																								
<p>III Kostenschätzung</p> <p>Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallfordernisse. Auflistung der Positionen ggf. auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenspanne in Euro anzugeben.</p> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>a Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen</p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td></td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)</td><td></td></tr> <tr><td>Ort</td><td>Datum</td></tr> </table> </div> <div style="flex: 1;"> <p>b Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen)</p> <p>Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td>Summe Ärztliche Behandlung (Euro)</td><td></td></tr> <tr><td>Medikamentenkosten (Euro)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> </div> </div>								Summe Ärztliche Behandlung (Euro)		Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)						Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)		Ort	Datum							Summe Ärztliche Behandlung (Euro)		Medikamentenkosten (Euro)						Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)				Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)			
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)																																									
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)																																									
Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)																																									
Ort	Datum																																								
Summe Ärztliche Behandlung (Euro)																																									
Medikamentenkosten (Euro)																																									
Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)																																									
Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)																																									
<p>IV Genehmigung durch die Krankenkasse(n)</p> <p>Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.</p> <p>Bei einer Genehmigung für 3 IVF- oder ICSI-Zyklen steht der 3. IVF- oder ICSI-Zyklus unter dem Vorbehalt, dass in einem von 2 Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzklus kann die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt werden.</p> <p>Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann - u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro - erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.</p> <p>Bei Änderungen der Behandlungsmethode (siehe Abschnitt II) sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.</p> <p>Ausfertigung nach Genehmigung zum Verbleib beim Vertragsarzt</p> <p><small>Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</small></p>																																									
<p>Der Behandlungs-/Kostenplan wird</p> <p>für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> <p>Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</p>																																									
<p>für maximal _____ Zyklen/Zyklus genehmigt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei)</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> <p>Stempel und Unterschrift der Krankenkasse, auf beiden Ausfertigungen</p>																																									

KSV-PRF-IR, Muster 70a/E (10.2014)



Der Behandlungsplan muss folgende Angaben enthalten:

- Namen und Geburtsdaten der Ehepartner
- medizinische Indikation
- Benennung der Behandlungsmethoden
- Art und Anzahl bisher ohne Eintritt einer klinischen Schwangerschaft durchgeführten Maßnahmen der künstlichen Befruchtung
- voraussichtlich entstehende Behandlungskosten einschließlich aller Medikamentenkosten je Behandlungszyklus (Zyklusfall)

Sind die Ehepartner bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, ist der Behandlungsplan zur Genehmigung bei beiden Krankenkassen vorzulegen.

Die Krankenkasse übernimmt 50 % der dem jeweiligen Ehepartner entstehenden Kosten. Diese 50 % rechnet der Arzt/die Ärztin in der Regel über die Kassenärztliche Vereinigung ab. Über den Rest der Kosten erhalten die Ehegatten eine separate Rechnung. Nach § 11 Abs. 6 SGB V können die Krankenkassen durch entsprechende Satzungsregelungen zusätzliche Leistungen vorsehen. Einige Krankenkassen übernehmen als Mehrleistung anstatt der 50 % bis zu 100 % der durch die künstliche Befruchtung entstandenen Kosten.

Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK, ob und ggf. in welchem Umfang zusätzliche Kosten übernommen werden. Weiterhin kann es sein, dass im Rahmen der jeweiligen Landesregelungen weitere Kosten durch das Bundesland übernommen werden. Auch hier sind die Regelungen der einzelnen Bundesländer sehr unterschiedlich.

Den Eigenanteil, die Versicherte für die künstliche Befruchtung selbst aufzubringen haben, darf bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nicht angerechnet werden.

Da die künstliche Befruchtung für die Frau körperlich und psychisch sehr belastend ist, bestimmt § 27a Abs. 1 Nr. 2 SGB V, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse nur solange gegeben ist, wie eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft eintritt.

Diese hinreichende Aussicht auf Erfolg der Maßnahmen ist je nach angewandter Methode unterschiedlich und besteht nach Nr. 8 der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ für die jeweiligen Behandlungsmaßnahmen für folgende Versuche:

KB-RL, Ziff. I



Bezeichnung	Bedeutung	Anzahl der Versuche
10.1	intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, gegebenenfalls nach Stimulation mit Antiöstrogenen	bis zu acht Mal
10.2	intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen	bis zu drei Mal
10.3	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer)	bis zu drei Mal
10.4	intratubarer Gameten-Transfer (GIFT)	bis zu zwei Mal
10.5	Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	bis zu drei Mal

Besonderheiten:

Die Methode 10.3 kann grundsätzlich bis zu dreimal durchgeführt werden. Es gibt aber Ausnahmen. Wenn nach den ersten beiden Versuchen keine Befruchtung der Eizelle eingetreten ist, kann der dritte Versuch nicht mehr bewilligt werden. Auch kann diese Methode nicht mit der Methode 10.4 (GIFT) und 10.5 (ICSI) kombiniert werden.

Die Methode 10.4 kann bis zu zweimal durchgeführt werden, darf aber nicht mit der Methode 10.3 (IVF) kombiniert werden.

Die Methode 10.5 kann bis zu dreimal durchgeführt werden. Wie bei der Methode 10.3 gibt es aber auch hier die Ausnahme, dass der dritte Versuch nicht mehr bewilligt werden kann, wenn bei den ersten beiden Versuchen keine Befruchtung der Eizelle eingetreten ist. Die ICSI kann nicht mit der Methode 10.3 (IVF) kombiniert werden.

Ist aber eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten, ohne dass es nachfolgend zur Geburt eines Kindes gekommen ist (Fehlgeburt), wird dieser Behandlungsversuch nicht auf die jeweilige Anzahl angerechnet.

Kommt es dagegen zu einer Geburt, wird der Zähler nach der Geburt des Kindes auf „0“ zurückgesetzt.



Beispiel

Beantragt wurde eine In-Vitro-Fertilisation (IVF). Es dürfen zunächst zwei Versuche genehmigt werden. Der dritte Versuch wird auf dem Behandlungsplan unter dem Vorbehalt genehmigt, dass in einem der beiden Versuche eine Befruchtung stattgefunden hat.

Versuch Nr.	Ergebnis	auf die Höchstzahl von drei Versuchen anrechnen	verbleibende Versuche
1	ohne Schwangerschaft	ja	2
2	Schwangerschaft mit anschließender Fehlgeburt	nein	2
3	ohne Schwangerschaft	ja	1
4	Schwangerschaft mit anschließender Fehlgeburt	nein	1
5	Schwangerschaft mit anschließender Fehlgeburt	nein	1
6	ohne Schwangerschaft	ja	0

Durch die eingetretenen Schwangerschaften konnten drei Versuche gutgeschrieben werden, sodass insgesamt sechs Versuche als Sachleistung der GKV möglich wurden.

Sind – wie in dem Beispiel ab Versuch Nr. 4 – weitere Zyklen genehmigungsfähig, ist hierfür ein Folge-Behandlungsplan auszustellen. Dieser muss die gleichen Angaben wie der erste Behandlungsplan enthalten, mit Ausnahme der Angabe zu Art und Anzahl bisher durchgeführter Maßnahmen der künstlichen Befruchtung. An diese Stelle tritt die Angabe der Art und Anzahl der bisher ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft durchgeführten Befruchtungsmaßnahmen.



Der Folge-Behandlungsplan ist außerdem bei Änderung der Behandlungsmethode oder bei einem Methodenwechsel zwischen IVF und ICSI sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung vorzulegen.

Weitere Regelungen sind in der „Richtlinie über künstliche Befruchtung“ beschrieben.



9 Zusammenfassende Selbstkontrolle

Aufgabe 1

Tragen Sie die Höhe der Zuzahlung des Kunden/der Kundin in die Tabelle ein.

Kunde/in	in der Apotheke abgegebene(s) Arznei/Mittel	Kosten	Festbetrag	Eigenanteil Zuzahlung des Kunden
17-jährige Familienversicherte	Antibabypille zur Verhütung einer Schwangerschaft	20,50 €	–	
19-jähriger Student	Kondome	10,99 €	–	
29-jährige familienversicherte Hausfrau	Hormonpräparat zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (Hormonbehandlung)	65,00 €	–	
21-jährige Auszubildende, die im Sinne von § 62 SGB V unzumutbar belastet ist und einen Befreiungsausweis vorlegen kann	Antibabypille wegen Verhütung einer Schwangerschaft	45,92 €	41 €	

Aufgabe 2

Welche Voraussetzungen müssen neben einem bestehenden Versicherungsverhältnis gegeben sein, damit die Kosten für

- a) eine künstliche Befruchtung,
- b) die Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit,
- c) eine Sterilisation,
- d) einen Schwangerschaftsabbruch



von der AOK bis auf mögliche kleinere Zuzahlungen im vollen Umfang übernommen werden können?

Hinweis

Auf Auftragsgeschäfte ist nicht einzugehen.



10 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

Lösung zu 1

Kunde/in	in der Apotheke abgegebene(s) Arznei/Mittel	Kosten	Festbetrag	Eigenanteil Zuzahlung des Kunden
17-jährige Familienversicherte	Antibabypille zur Verhütung einer Schwangerschaft	20,50 €	–	0 €
19-jähriger Student	Kondome	10,99 €	–	10,99 € (nicht verschreibungspflichtig, Kosten trägt der Kunde zu 100 %)
29-jährige familienversicherte Hausfrau	Hormonpräparat zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (Hormonbehandlung)	65,00 €	–	6,50 €
21-jährige Auszubildende, die im Sinne von § 62 SGB V unzumutbar belastet ist und einen Befreiungsausweis vorlegen kann	Antibabypille wegen Verhütung einer Schwangerschaft	45,92 €	41 €	4,92 € (Zuzahlung entfällt, jedoch Überschreiten des Festbetrags)

Lösung zu 2

Neben einem bestehenden Versicherungsverhältnis sind Voraussetzung für eine Übernahme der Kosten durch die AOK bei

a) einer künstlichen Befruchtung, dass

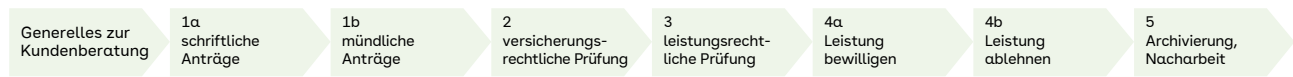
- die Frau mindestens 25 und höchstens 39 Jahre alt ist,
- der Mann mindestens 25 und höchstens 49 Jahre alt ist,
- die Personen miteinander verheiratet sind,
- ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet werden und

- keiner der Ehegatten sich bewusst vorher ohne krankheitsbedingten Grund sterilisieren ließ.

b) der Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, dass

- die Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit von vornherein nicht vorhanden oder
- diese wegen Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verloren gegangen war.

4.15 · Anträge auf Schwangerschaftsabbruch/künstliche Befruchtung/Empfängnisregelung bearbeiten



c) einer Sterilisation,

- dass aus gesundheitlichen Gründen eine Schwangerschaft vermieden werden muss.

d) einem Schwangerschaftsabbruch,

- dass eine medizinische oder kriminologische Indikation vorliegt und
- dass der Schwangerschaftsabbruch (nur) bei der kriminologischen Indikation innerhalb von zwölf Wochen nach der Empfängnis vollzogen wird.