

Information zur Kostenübernahme für reproduktionsmedizinische Leistungen bei gemischt-versicherten Ehepaaren

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in der 455. Sitzung wurden die reproduktionsmedizinischen Komplexleistungen im Abschnitt 8.5 des EBM in die einzelnen Phasen der Reproduktionsmedizin sowie nach korporalen und extrakorporalen Maßnahmen aufgeteilt, umstrukturiert und angepasst. Die Regelung gilt seit 1. April 2020. Sie entspricht den aktuellen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Künstliche Befruchtung (KB-RL).

Bestimmung im EBM

Wir möchten darauf hinweisen, wie die Regelung zur Zuständigkeit der Krankenkasse unter Nr. 3 der KB-RL sowie in der achten Bestimmung zum Abschnitt 8.5 des EBM zu verstehen ist.

In der achten Bestimmung zum Abschnitt 8.5. des EBM wird ausgeführt: "Für die Gebührenordnungsposition (GOP) 08521 sowie für extrakorporale Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung der Eizelle und Samenzelle (GOP 08539, 08550 und 08555) ist die Krankenkasse der Ehefrau, für die GOP 08520, 08540, 08575 und 08576 die Krankenkasse des Ehemannes leistungspflichtig."

Diese Regelung gilt nur, wenn beide Ehepartner gesetzlich krankenversichert sind. Auf gemischte Konstellationen, in denen nur der Ehemann in der GKV und die Ehefrau in der PKV versichert ist, findet die Regelung keine Anwendung. **In dieser Konstellation gilt, dass auch die extrakorporalen Maßnahmen (GOP 08539, 08550 und 08555) für die künstliche Befruchtung von der gesetzlichen Krankenkasse des Mannes zu tragen sind.** Diese Auffassung vertritt auch der GKV-Spitzenverband.

Rechtlicher Hintergrund

Für die Kostenübernahme der extrakorporalen Maßnahmen bei gemischt-versicherten Ehepaaren folgen wir den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 3. April 2001 (Az.: B 1 KR 22/00 R) und 22. März 2005 (Az.: B 1 KR 11/03 R).

Demnach hat ein Versicherter – unabhängig davon, bei welchem Ehegatten die Unfruchtbarkeit vorliegt – gemäß Paragraph 27a SGB V gegen seine Krankenkasse einen leistungsrechtlichen Anspruch, der sich auch auf extrakorporale Behandlungsmaßnahmen erstreckt.

Ist nur ein Ehepartner gesetzlich krankenversichert, sind die extrakorporalen Maßnahmen sowie die Beratungen nach Nr. 14 beziehungsweise 16 der KB-RL bei der künstlichen Befruchtung grundsätzlich dem gesetzlich versicherten Ehepartner zuzuordnen. So hat ein gesetzlich versicherter Mann einen leistungsrechtlichen Anspruch auf extrakorporale Maßnahmen, wenn seine Ehefrau nicht in der GKV versichert ist.

Ziffer 3 Satz 4 der KB-RL, wonach für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen stets die Krankenkasse der Ehefrau zuständig ist, steht dem nicht entgegen. Hierbei handelt es sich nach dem gemeinsamen Verständnis der KBV und dem GKV-Spitzenverband um

eine Regelung zur Vereinfachung der Abrechnung in den Fällen, in denen beide Ehegatten zwar gesetzlich, aber bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert sind. Die Regelung darf hingegen nicht dazu führen, dass einem Versicherten ein leistungsrechtlicher Anspruch versagt wird.