

PATIENTENINFORMATION

zur Leistungspflicht der PKV im Rahmen der Kinderwunschbehandlung

Liebe Patientinnen,
liebe Patienten,

die Leistungsvoraussetzungen und Leistungspflichten der privaten Krankenversicherung (PKV) auf der einen Seite und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf der anderen Seite weichen bei der Kinderwunschbehandlung erheblich voneinander ab. Da die Krankenversicherer zudem oftmals falsche oder stark entstellende Informationen hierzu geben, möchten wir Ihnen die wesentlichen Punkte zu den Leistungsvoraussetzungen und Leistungspflichten der PKV aufzählen:

- Grundvoraussetzung der Erstattungsfähigkeit der Kosten gegenüber einer PKV ist die Erkrankung des Versicherungsnehmers („Verursacherprinzip“). Es gibt allerdings keine Unterscheidung in Haupt- oder Nebenverursachung. Wer erkrankt ist, erhält im versicherten Umfang die sich aus der Krankheit ergebenden Behandlungskosten erstattet, unabhängig davon, ob die Partnerin/der Partner ebenfalls erkrankt ist.
- Eine weitere Leistungsvoraussetzung der Kinderwunschbehandlung ist, dass diese eine Erfolgsaussicht von wenigstens 15 % aufweist. Solange diese Erfolgsaussicht gegeben ist, sind die Behandlungskosten zu erstatten. Es gibt keine pauschale Begrenzung auf eine bestimmte Anzahl von Versuchen. Von den Versicherern vorgenommene Pauschalbegrenzungen sind nicht statthaft.
- Es gibt keine Begrenzung der Erstattungsfähigkeit der zu behandelnden Eizellen pro Versuch. Eine solche Begrenzung lässt sich auch aus dem Embryonenschutzgesetz nicht herleiten. Die von vielen Versicherern pauschal vorgenommene Einschränkung auf 5 oder 6 Eizellen pro Versuch ist unzulässig.
- Die PKV hat ein Anrecht auf Übermittlung der wesentlichen medizinischen Daten, auch der Partnerin/des Partners, um die Notwendigkeit der Behandlung und die Erfolgsaussicht überprüfen zu können. Es besteht darüber hinaus keine Verpflichtung zur Übermittlung sonstiger Unterlagen aus dem Versicherungsverhältnis der Partnerin/des Partners. Dies betrifft sämtliche Korrespondenz, Anträge und Bescheide.
- Es besteht gegenüber der eigenen PKV keine Verpflichtung, zusätzlich die Krankenversicherung der Partnerin/des Partners in Anspruch zu nehmen. Insbesondere kann man nicht gegen Obliegenheitspflichten verstoßen oder sein eigenes Versicherungsverhältnis gefährden, wenn man nur die eigene PKV und keine andere Versicherung für die Behandlungskosten in Anspruch nimmt.
- Es gibt bei der PKV keinen ausdrücklichen Leistungsausschluss für unverheiratete Paare. Die entsprechende Rechtsfrage ist allerdings zurzeit noch nicht abschließend geklärt, da der Bundesgerichtshof (BGH) bisher diese Frage noch nicht entschieden hat. Die überwiegende Anzahl der Zivilgerichte gestehen jedoch unverheirateten Paaren ohne Einschränkung Leistungsansprüche gegenüber der PKV zu.
- Die Leistungspflichten der PKV regeln sich ausschließlich unter zivilrechtlichen Gesichtspunkten. Die zuständigen Gerichte sind hier ausschließlich die Zivilgerichte mit dem BGH als oberste Instanz. Die Rechtsprechung der Sozialgerichte, insbesondere des Bundessozialgerichts (BSG), betrifft ausschließlich die GKV. Sie ist bedeutungslos für die Leistungspflichten der PKV.

Ihr Praxisteam

Stand 1. Juni 2007