

Krankenkasse bzw. Kostenträger Ehefrau		
Name, Vorname des Versicherten		geb.am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Krankenkasse bzw. Kostenträger Ehemann		
Name, Vorname des Versicherten		geb.am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### Anlage 7 – Antrag/Genehmigung (1-3)

#### Information für die Patientin:

Nach der Genehmigung durch Ihre BKK ist eine Rückgabe an das behandelnde Zentrum vor Behandlungsbeginn zwingend notwendig, um die Vorteile von BKK Kinderwunsch zu erhalten!

### **Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen der künstlichen Befruchtung zum Programm „BKK Kinderwunsch“ nach § 140a SGB V für die Behandlungsversuche 1 bis 3 sowie für zwei Kryozyklen, zwei Blastozystenkulturen und ggf. einem Verfahrenswechsel von IVF zu ICSI innerhalb des laufenden Zyklus\*\*\*, sofern medizinisch notwendig**

1. Das Ehepaar hat mit beiden Unterschriften seine Teilnahme an dem Programm „BKK Kinderwunsch“ für die Besondere Versorgung von Paaren mit Kinderwunsch erklärt und die Bedingungen zur Durchführung der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sowie die vertraglichen Rechte und Pflichten des Kinderwunschkopfes anerkannt.
2. Die Patientin hat das 25., aber noch nicht das 42. Lebensjahr und der Ehemann noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet.\*\*\*\*
3. Es besteht die Indikation zur Durchführung einer extrakorporalen Befruchtung sowie der Leistungsanspruch gemäß § 27a SGB V. Der (Folge-)Behandlungsplan der Richtlinie über die Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung wurde erstellt.\*
4. Anzahl und Art der bereits durchgeführten Behandlungen gemäß Nr. 10.1 – 10.5 der Richtlinie über die Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung:  
 Anzahl bereits durchgeführter Behandlungen: \_\_\_\_\_ IVF  ICSI   
 Kryozyklus über BKK Kinderwunsch bereits durchgeführt?  nein  ja Anzahl: \_\_\_\_\_  
 Blastozystenkultur über BKK Kinderwunsch bereits durchgeführt?  nein  ja Anzahl: \_\_\_\_\_
5. Anzahl neu zu beantragender Behandlungen: \_\_\_\_\_ IVF \_\_\_\_\_ ICSI

#### Nur für Patientinnen von Vollendung des 40. bis zur Vollendung des 42. Lebensjahres:

Die individuellen Erfolgsaussichten der Frau auf den Eintritt einer Schwangerschaft liegen nach medizinischer Einschätzung über den Durchschnittswerten der Altersgruppe des aktuellen IVF-Registers

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Zentrum

**Genehmigung der Krankenkasse zum Antrag auf künstliche Befruchtung\*\*\* (bitte vollständig ausfüllen):**

Name der Patientin: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Beitritt der Versicherten nach Anlage 6 mit Datum vom: \_\_\_\_\_

Anzahl beantragter Behandlungen: \_\_\_\_\_ IVF  ICSI

Anzahl von der BKK genehmigter Behandlungen\*\*\*: \_\_\_\_\_ IVF  ICSI

Erstgenehmigung (Punkt 4)  Folgenehmigung (Punkt 4)

**Bei Folgenehmigung verbunden mit Leistungsanspruchnahme aus Erstgenehmigung:**

Anspruch auf Kryozyklus<sup>1</sup> besteht  für \_\_\_\_ (max. 2) besteht nicht

Anspruch auf Blastozystenkultur<sup>1</sup> besteht  für \_\_\_\_ (max. 2) besteht nicht

<sup>1</sup>Bei Zentrumswechsel: Anspruch bereits aus Vorversuchen im Rahmen des Vertrages BKK Kinderwunsches bereits erschöpft?

**Bei Frauen nach Vollendung des 40. Lebensjahres bis zur Vollendung des 42. Lebensjahres\*\*\*\*:**

Zuschuss der BKK in Höhe von 800 € zur IVF nach GOÄ\*\*

Zuschuss der BKK in Höhe von 1.000 € zur ICSI nach GOÄ\*\*

1. Die Genehmigung umfasst auch den medizinisch notwendigen Verfahrenswechsel von beantragter IVF-Behandlung zur ICSI-Behandlung innerhalb des gleichen Zyklus. Dies ist vom Zentrum mit Anlage 9 innerhalb einer Woche mitzuteilen.
2. Die Verrechnung der IVF bzw. ICSI nach erfolgreichem Embryotransfer (Transfer spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Zyklusbeginn) erfolgt durch die ReproMed Service GmbH analog der Bewertung der EBM-Ziffern 08535, 08550 bzw. 08555, 08558. **Darüber hinaus sind die vorgenannten EBM-Ziffern nicht zusätzlich über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnungsfähig (Frauen bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres).** Die Verrechnung für Frauen über 40 Jahre erfolgt entsprechend der v.g. Beträge für IVF oder ICSI ebenfalls nach dem Transfer durch die Repromed Service GmbH.
3. Die Verordnung zur Behandlung erforderlicher Medikamente für Frauen bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres erfolgt über ein Kassenrezept mit der entsprechenden Kennzeichnung des § 27a SGB V. Davon tragen Versicherte und Betriebskrankenkasse jeweils 50 %\*\*
4. Die Genehmigung ist nach Ausstellung für ein Jahr im gewählten teilnehmenden Zentrum gültig. Maßgebend ist der Tag der Genehmigung durch die BKK. Bei einem Zentrumswechsel ist grundsätzlich ein neuer Antrag zur Genehmigung zu stellen.
5. Sofern eine klinische Schwangerschaft eingetreten ist, ohne dass es nachfolgend zu einer Geburt eines Kindes kam, wird dieser Versuch nicht auf die Höchstanzahl der Versuche angerechnet (G-BA-Richtlinie Nr. 8). Dies gilt auch im Falle, dass der Versuch vor der Follikelpunktion oder nach Follikelpunktion abgebrochen wurde, weil keine befruchtungsfähigen Eizellen oder Spermien vorhanden sind.

\*Der G-BA-Behandlungsplan entfällt für Kinderwunschpaare, bei denen die Frau das 40. Lebensjahr bereits vollendet hat.

\*\*Für Kinderwunschpaare, bei denen die Frau das 40. Lebensjahr vollendet hat, handelt es sich um einen Zuschuss der BKK zur Behandlung. Die restlichen Kosten (z.B. Medikamente und ärztliche Nebenleistungen der künstlichen Befruchtung) sind als Privatleistung abzurechnen.

\*\*\*Die Genehmigung gilt auch für die zweimalige Bezuschussung eines Kryozyklus nach Transfer und/oder zweier Blastozystenkulturen nach Transfer sowie den Verfahrenswechsel von IVF zu ICSI nach Nr. 1, sofern diese medizinisch notwendig sind. Zu beachten ist jedoch, dass bei einem Freeze all (ggf. in Kombination mit einer Blastozystenkultur) innerhalb von 3 Monaten nach Stimulationsbeginn kein Kryozyklus abgerechnet werden kann.

\*\*\*\*Die Altersgrenzen müssen für beide Partner in jedem Zyklusfall zum Zeitpunkt des 1. Zyklustages im Spontanzzyklus, des 1. Stimulationstages bzw. des 1. Tages der Down-Regulierung erfüllt sein (G-BA-Richtlinie Nr. 9.1)

**Ansprechpartner/in der Betriebskrankenkasse:**

**(Hinweis für die BKK: Vorder- und Rückseite immer gemeinsam an die Patientin zurücksenden)**

Herr/Frau \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel