

Anlage 5a – Patienteninformation

Liebe Versicherte,

ein Viertel aller Paare ist ungewollt kinderlos. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Es können organische oder hormonelle Faktoren eine Rolle spielen oder eine die Fruchtbarkeit beeinflussende Krankheit zu Grunde liegen. Für die betroffenen Paare stellt der unerfüllte Kinderwunsch in der Regel eine große psychische, aber auch emotionale Belastung auch innerhalb der Partnerschaft dar.

Gut, wenn es da einen Partner gibt, der diese gesellschaftlichen Veränderungen erkennt und für seine Versicherten ein umfassendes exklusives Angebot hat. Zusammen mit dem Berufsverband der Reproduktionsmedizin Bayern (BRB e. V.) haben die teilnehmenden Betriebskrankenkassen ein Angebot entwickelt, welches Sie auf Ihrem Weg zur Erfüllung Ihres Kinderwunsches unterstützen und entlasten soll.

Machen Sie mit beim Programm „BKK Kinderwunsch“ - ein umfassendes Premiumangebot der Betriebskrankenkassen steht Ihnen hierbei zur Verfügung!

- zweimalige Beteiligung an einem **Kryozyklus nach erfolgtem Transfer** (nicht im Zusammenhang mit einem „freeze- all“ innerhalb von 3 Monaten nach Zyklusbeginn) in Höhe von je 350,00 Euro
- zweimalige Beteiligung an einer **Blastozystenkultur nach erfolgtem Transfer** in Höhe von je 250,00 Euro
- **3 Versuche** mit der „**In-vitro-Fertilisation**“ oder der „**Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion**“ mit einem Zuschuss in Höhe der GKV-Regelleistung (**IVF derzeit: 523,42 €**) bzw. (**ICSI derzeit: 737,40 €**) **nach erfolgtem Transfer** (sofern der Transfer innerhalb von 3 Monaten nach Zyklusbeginn erfolgt)
- einmalige Beteiligung an einem über die Regelleistung hinausgehenden **4. Behandlungsversuch nach erfolgtem Transfer** *
- bei medizinischer Notwendigkeit **unbürokratischer und einfacher Verfahrenswechsel** von der „In-vitro-Fertilisation“ (IVF) zur „Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion“ (ICSI)
- **Erhöhung der Altersgrenze der Frau von 40 auf 42 Jahre** (erster Zyklustag vor Vollendung des 42. Lebensjahres)*
- **Vermeidung des Risikos von Mehrlingsschwangerschaften** durch den Transfer von maximal zwei Embryonen (sofern medizinisch möglich, wird ein Single-Embryotransfer empfohlen)
- **Vermeidung einer zusätzlichen hormonellen Stimulationsbehandlung**, sofern noch kryokonservierte befruchtete Eizellen vorhanden sind

* Für Kinderwunschaare, bei denen die Frau das 40. Lebensjahr vollendet hat oder den 4. Behandlungsversuch durchführt, handelt es sich um einen Zuschuss für den Behandlungsversuch nach erfolgtem Transfer (Versuch 1-3 Zuschusshöhe für das medizinisch angezeigte Verfahren: IVF 800 € oder ICSI 1.000 € bzw. Versuch 4 IVF: 800 € oder ICSI 1.000 €). Die restlichen Kosten (z.B. Medikamente und ärztliche Nebenleistungen der künstlichen Befruchtung) sind bei Patientinnen über 40 Jahre oder im 4. Versuch **vollständig privat** zu leisten. Ein sog. Abbruchzyklus (geplanter Behandlungszyklus, der aus medizinischen Gründen vor der Follikelpunktion oder nach der Follikelpunktion ohne identifizierbare Eizelle abgebrochen wird) wird nicht übernommen.

Teilnehmen können Sie ab der Vollendung des 25. Lebensjahres, sofern Ihr Ehemann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Voraussetzung für Ihre Teilnahme an diesem innovativen Vertrag ist lediglich Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und die Genehmigung Ihrer BKK. Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag Ihrer Unterzeichnung. An die Teilnahmeerklärung sind Sie ein Jahr gebunden. Ihr/-e programmteilnehmende/-r Arzt/Ärztin wird Sie umfassend über die Inhalte und Ziele des Programms aufklären.

Ihr Recht auf freie Arztwahl innerhalb der teilnehmenden Reproduktionsmedizinischen Zentren bleibt auch während der Teilnahme erhalten.

Mit der Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Embryotransfer auf maximal zwei Embryonen beschränkt wird.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Hinweisen zum Datenschutz nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Die Betriebskrankenkassen unterstützen Sie gern und wünschen Ihnen auf Ihrem Weg viel Erfolg. Die Teilnehmenden Zentren werden Sie dabei aktiv unterstützen. Haben Sie noch Fragen? Wenden Sie sich hierzu gern an Ihre BKK oder schauen Sie auf www.bkk-familyplus.de vorbei.

Herzlichst Ihre Betriebskrankenkasse gemeinsam mit Ihrem teilnehmenden Zentrum

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



Anlage 6

Information für die Patientin:

Bitte senden Sie die ausgefüllte Teilnahmeerklärung zusammen mit dem Antrag auf Genehmigung (Anlage 7 für Versuch 1-3 oder Anlage 8 für Versuch 4) an Ihre BKK!

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

Teilnahme- und Einverständniserklärung der Versicherten

Für die Besondere Versorgung von Paaren mit Kinderwunsch durch die Fachärzte für Reproduktionsmedizin nach dem Vertrag gem. § 140a SGB V „BKK Kinderwunsch“

(Name/Stempel des Zentrums)

Teilnahme

Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach dem Programm „BKK Kinderwunsch“ ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Sie ist von Vollendung des 25. Lebensjahres bis Vollendung des 42. Lebensjahres der Frau (Ehemann bis Vollendung 50. Lebensjahr) und nur im Zusammenhang mit dem von der leistungspflichtigen Betriebskrankenkasse genehmigten (Folge-)Behandlungsplan (Anlage I der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung) gültig*.

Roter GKV-Behandlungsplan (notwendig für Frauen bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres) vom: _____

Die Teilnahme an dem Programm „BKK Kinderwunsch“ kann nur bei einem teilnehmenden Zentrum für Reproduktionsmedizin erfolgen.

Wir sind informiert, dass wir an unsere Teilnahmeerklärung für ein Jahr gebunden sind und unser Recht auf freie Arztwahl innerhalb der teilnehmenden Reproduktionsmedizinischen Zentren auch während der Teilnahme erhalten bleibt.

Eine außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist nur aus wichtigem Grund möglich (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Arzt-Patientenverhältnis). Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch Sie schriftlich, elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber der Betriebskrankenkasse mit Wirkung für die Zukunft möglich.

Unsere Erklärung zur Teilnahme an dem Programm können wir innerhalb von 2 Wochen nach der Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse widerrufen, ohne dass es einer Begründung bedarf. Die rechtzeitige Absendung des Widerrufs genügt.

Die Teilnahme kann durch die Betriebskrankenkasse bei Feststellung eines Pflichtverstoßes (Nichtwahrnehmung der zur Erreichung der Vertragsziele notwendigen medizinischen Untersuchungen) außerordentlich beendet werden, sofern die Betriebskrankenkasse auf die Folgen des Pflichtverstoßes hingewiesen hat.

Ihre Teilnahme an dem Vertrag kann außerdem beendet werden

- mit dem Zugang einer entsprechenden Widerrufserklärung bei der Betriebskrankenkasse,
- mit vollständiger Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Leistungen,
- mit dem Ende der Laufzeit des zugrundeliegenden Rahmenvertrags,
- mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse,
- beim Wechsel zu einem nicht teilnehmenden Zentrum und damit verbunden die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag oder
- mit dem Ende der Teilnahme des betreuenden Zentrums für Reproduktionsmedizin.

Einverständniserklärung

Wir sind über die Inhalte des Vertrags und insbesondere über die Rechte und Pflichten ausführlich informiert worden und wünschen eine Teilnahme. Insbesondere stimmen wir der Beschränkung auf maximal zwei Embryonen (wenn medizinisch sinnvoll, Single-Embryotransfer) zu.

Die Patienteninformation haben wir erhalten und sind mit den genannten Zielen und Inhalten des Vertrags einverstanden. Wir sind informiert, dass die Genehmigung der BKK (abweichend von den Regularien zur Genehmigung von 12 Monaten in der GKV-Regelleistung) für maximal 24 Monate bzw. bis zur Vollendung des 42. Lebensjahres der Frau gilt. Wir nehmen zur Kenntnis, dass wir für die rechtzeitige Einholung der Folgegenehmigung für das Programm BKK Kinderwunsch bei der BKK zuständig sind.

Wir erklären, dass wir jeweils bei der angegebenen Krankenkasse versichert sind und einen Wechsel mitteilen sowie bei Änderung des Versichertenverhältnisses unser behandelndes Zentrum informieren.

Die Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) haben wir erhalten. Wir erklären hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Uns ist bekannt, dass wir diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Datum

Unterschrift Ehefrau

Unterschrift Ehemann

Für Kinderwunschaare, bei denen die Frau das 40. Lebensjahr vollendet hat oder den 4. Behandlungsversuch durchführt, handelt es sich um einen Zuschuss für den Behandlungsversuch nach erfolgtem Transfer (Versuch 1-3 Zuschusshöhe für das medizinisch angezeigte Verfahren: IVF 800 € oder ICSI 1.000 € bzw. Versuch 4 IVF: 800 € oder ICSI 1.000 €). Die restlichen Kosten (z.B. Medikamente und ärztliche Nebenleistungen der künstlichen Befruchtung) sind bei Patientinnen über 40 Jahre oder im 4. Versuch **vollständig privat** zu leisten. Ein sog. Abbruchszyklus (geplanter Behandlungszyklus, der aus medizinischen Gründen vor der Follikelpunktion oder nach der Follikelpunktion ohne identifizierbare Eizelle abgebrochen wird) wird nicht übernommen.

Eine Kopie der Teilnahmeerklärung haben wir zur Kenntnis erhalten.

Krankenkasse bzw. Kostenträger der Ehefrau		
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!

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

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**

- 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 Kinderwunschaars anerkannt.
- Die Patientin hat das 25., aber noch nicht das 42. Lebensjahr und der Ehemann noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet. ****
- 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.*

1. 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: _____

2. 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: _____

Teilnahmeerklärung der Versicherten nach Anlage 6 mit Datum vom: _____

Anzahl beantragter Behandlungen: _____ IVF ICSI

Anzahl von der BKK genehmigter Behandlungen***: _____ IVF ICSI

Die Genehmigung gilt vom Datum der Teilnahmeerklärung der Versicherten mit Anlage 6 bis einschließlich 24 Monate nach Genehmigung durch die BKK, maximal jedoch bis zur Vollendung des 42. Lebensjahres.

Erstgenehmigung (Punkt 4) Follegegenehmigung (Punkt 4)

Bitte immer ausfüllen! (Erst- oder Follegegenehmigung, bei Erstgenehmigung: Anspruchshöhe jeweils 2 Kryozyklen bzw. Blastozystenkulturen, bei Follegegenehmigung: noch bestehender Restanspruch):

Anspruch auf Kryozyklus¹ besteht für ____ (max. 2) besteht nicht

Anspruch auf Blastozystenkultur¹ besteht für ____ (max. 2) besteht nicht

¹Bei Zentrumswechsel oder Follegeenehmigung: 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. (Aus dem Verfahrenswechsel resultierende Mehrkosten sind vom Kinderwunschpaar zu tragen.)
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 24 Monate 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. Für die rechtzeitige Einholung der Follegeenehmigung zum Programm BKK Kinderwunsch ist die Patientin verantwortlich.
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 Spontanzyklus, 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

Stand 01.07.2024

Unterschrift / Stempel