



Kurzinformation

Zur Kostenerstattung bei In-Vitro-Fertilisation (IVF)

Die Kosten einer IVF werden bei Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) anteilig übernommen, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Nach § 27a Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) haben gesetzlich Versicherte Anspruch darauf, dass sich ihre Krankenkasse an „medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft“ beteiligt. In der Regel übernimmt die Krankenkasse 50 Prozent der Behandlungs- und Medikamentenkosten für drei Zyklen einer IVF nach Vorlage eines Behandlungsplans. Erforderlich für eine Kostenerstattung ist, dass

- das Paar verheiratet ist und ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet werden;
- beide Ehepartner mindestens 25 Jahre alt sind; die Frau darf höchstens 40 Jahre, der Mann höchstens 50 Jahre alt sein;
- die Behandlung medizinisch angeraten und ärztlich bescheinigt ist, dass sie ausreichende Erfolgsaussichten hat;
- beide Partner einen HIV-Test machen lassen;
- ein Arzt, der nicht die Behandlung durchführt, die Partner über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte beraten hat.

Einige Krankenkassen bieten ihren Versicherten freiwillige Mehrleistungen bei IVF an. Zudem stellt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) seit 2012 im Rahmen einer „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion“ zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung, wenn sich das Bundesland, in dem das Paar seinen Hauptwohnsitz hat, in mindestens gleicher Höhe an den Behandlungskosten beteiligt. Bisher haben Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen entsprechende Landesprogramme aufgesetzt. Der Zuschuss wird in Höhe von jeweils bis zu 25 Prozent des verbleibenden Eigenanteils gewährt.

Seit einer Änderung der Förderrichtlinie des BMFSFJ zum 7. Januar 2016 können auch unverheiratete heterosexuelle Paare finanzielle Unterstützung durch das BMFSFJ erhalten: für die erste bis dritte Behandlung in Höhe von jeweils bis zu 12,5 Prozent, für die vierte Behandlung in Höhe von jeweils bis zu 25 Prozent des verbleibenden Selbstkostenanteils.