



## Anlage 8 – Antrag/Genehmigung (4. Versuch)

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

### Information für die Patientin:

Nach der Genehmigung durch Ihre BKK ist eine Rückgabe vor Behandlungsbeginn an das behandelnde Zentrum 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 den zusätzlichen 4. Behandlungsversuch 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 Kinderwunschpaares anerkannt.
2. Die Patientin hat das 25., aber noch nicht das 42. Lebensjahr und der Ehemann noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet\*\*
3. Es bestehen die Indikation zur Durchführung einer extrakorporalen Befruchtung sowie der Leistungsanspruch gemäß § 27a SGB V unter Beachtung der RL zur künstlichen Befruchtung (mit Ausnahme der Altersgrenze und der Anzahl der Versuche).
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. Geplantes Verfahren im 4. Versuch: 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 eines 4. Behandlungsversuchs\* (bitte vollständig ausfüllen):**

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

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

Die Voraussetzungen für einen Zuschuss zum 4. Behandlungsversuch einer künstlichen Befruchtung nach erfolgtem Transfer durch die BKK sind:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gegeben                   | <input type="checkbox"/> nicht gegeben              |
| <input type="checkbox"/> IVF (800,00 Euro)         | <input type="checkbox"/> ICSI (1.000,00 Euro)       |
| <input type="checkbox"/> Erstgenehmigung (Punkt 4) | <input type="checkbox"/> Folgegenehmigung (Punkt 4) |

Genehmigung gilt für den Zeitraum von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ (24 Monate oder max. bis Vollendung 42. Lebensjahr\*\*)

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anspruch auf Kryozyklus <sup>1</sup>           | besteht <input type="checkbox"/> für ____ (max. 2) | besteht nicht <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anspruch auf Blastozystenkultur <sup>1,2</sup> | besteht <input type="checkbox"/> für ____ (max. 2) | besteht nicht <input type="checkbox"/> |

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

<sup>2</sup>Die Bezuschussung der Blastozystenkultur ist nur im Rahmen des von der BKK bezuschussten Frischzyklus möglich. Ein ggf. nach dem 4. Versuch noch bestehender Restanspruch kann nicht auf danach folgende Selbstzahler-Frischzyklen übertragen werden.

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 des Zuschusses zur IVF4 bzw. ICSI4 mit erfolgreichem Embryotransfer (Transfer spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Zyklusbeginn) erfolgt durch die ReproMed Service GmbH.
3. Mit dem Zuschuss sind alle Behandlungskosten gegenüber der Betriebskrankenkasse abgegolten.
1. 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 auf Genehmigung zu stellen. Für die rechtzeitige Einholung der Folgegenehmigung ist die Patientin verantwortlich.
2. 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.

\*Die Genehmigung gilt auch für die Bezuschussung von zwei Kryozyklen nach Transfer und/oder einer Blastozystenkultur nach Transfer (sofern noch ein Restanspruch aus der bisherigen Behandlung besteht) 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Stempel**

\_\_\_\_\_  
**Datum und Unterschrift**