



Kinderwunschbehandlung **Mehrleistungen der Kassen nutzen**

Nicht auf natürlich Weise schwanger werden zu können, ist für viele Paare eine belastende Situation. Doch es gibt Hilfe: Bei unerfülltem Kinderwunsch können sie auf medizinische Verfahren setzen. Die gängigsten Methoden der Kinderwunschbehandlung werden von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bezahlt beziehungsweise bezuschusst.

Dennoch bleibt die Behandlung eine finanzielle Belastung. Der Eigenanteil beträgt oft Tausende von Euro, zumal meist nicht gleich beim ersten Versuch eine Schwangerschaft zustande kommt.

Ein Blick auf die Extraleistungen der Krankenkasse lohnt sich. Einige bieten deutlich mehr Leistungen als andere, ein Wechsel kann sich deshalb rechnen. Seit 2021 sind die Wechselmodalitäten für Versicherte nochmal vereinfacht worden. Obendrein gewähren einige Bundesländer zusätzlich finanzielle Zuschüsse.

Erfahren Sie auf den folgenden Seiten, welches die am häufigsten zum Einsatz kommenden Methoden der Kinderwunschbehandlung sind, was die Krankenkassen bezahlen, was es mit den Extraleistungen auf sich hat und welche Zuschüsse der Länder Sie erwarten können.

Kinderwunschbehandlung – das sind die Methoden

Diagnostik

Welche Methode die beste ist, um eine Schwangerschaft herbeizuführen, hängt von der Diagnose ab. Beide Partner müssen sich eingehenden Untersuchungen unterziehen, um herauszufinden, was die Ursache für die Unfruchtbarkeit ist. In Deutschland sind längst nicht alle Methoden der künstlichen Befruchtung erlaubt. So ist es zum Beispiel nicht erlaubt, künstlich befruchtete Embryonen vor der Rückführung in die Gebärmutter genetisch zu untersuchen (nur in Ausnahmefällen), mehr als drei Embryonen in die Gebärmutter zu überführen, bereits geteilte Embryonen (Zweizeller) einzufrieren oder weiter zu kultivieren oder eine Auswahl nach Geschlecht zu treffen.

Insemination (Samenübertragung)

Zur Kinderwunschbehandlung gibt es drei gängige Methoden, die die Krankenkassen bezahlen beziehungsweise bezuschussen. Eine davon ist die Insemination. Dabei wird Sperma direkt in die Gebärmutter, den Eileiter oder den Gebärmutterhals gespritzt beziehungsweise platziert. Oft geht dieser Methode

eine Hormonbehandlung der Frau voraus um die Eireifung zu fördern. Die Befruchtung findet dann eigenständig im Körper der Frau statt. Diese Verfahrensweise kommt meist dann zum Einsatz, wenn eine zu geringe Spermienmenge oder eine mangelnde Qualität der Spermien der Grund für eine Unfruchtbarkeit ist. Oder aber, wenn etwa bei der Frau eine Störung im Bereich des Gebärmutterhalses auftritt, die zur Unfruchtbarkeit führt.

Tipp: Bei der homologen Insemination wird der Samen des Mannes verwendet, bei der heterologen der Samen eines anonymen Spenders. Letzteres ist in Deutschland durchaus erlaubt, die Krankenkassen erstatten die Kosten jedoch nicht.

IVF und ICSI

Führt die Insemination nicht zum Erfolg oder ist sie aus medizinischen Gründen nicht angezeigt, stehen Paaren noch zwei andere Methoden der künstlichen Befruchtung zur Verfügung: die In-vitro-Fertilisation (IVF) und die Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI). Einer solchen Anwendung geht meist eine Hormonbehandlung der Frau voraus, bei der

mehrere Eizellen heranreifen, die oft unter Narkose entnommen werden. Die Befruchtung mit der Samenzelle findet dann außerhalb des Körpers statt.

IVF: Die Eizellen werden der Frau entnommen und in einem Reagenzglas mit den Spermazellen des Partners zusammengebracht. Kommt es zu einer Verschmelzung und hat die Befruchtung geklappt – das kann der Mediziner unter dem Mikroskop erkennen –, werden die befruchteten Eizellen (bis zu drei) in die Gebärmutter eingesetzt. Das geschieht meist mit einem Katheter. Dann muss sich zeigen, ob sich ein oder mehrere Embryo(nen) in der Gebärmutter einnisten. Die Erfolgsrate der IVF, bei der die Geburt eines gesunden Kindes erfolgt, liegt bei 25 bis 30 Prozent (Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss).

ICSI: Bei dieser Methode wird die Samenzelle direkt in die Eizelle injiziert. In diesem Fall findet eine sichere Befruchtung statt, ob sich jedoch auch ein Embryo entwickelt, ist nicht garantiert. Gelingt es, wird er in die Gebärmutter eingesetzt. Das Verfahren ist eines der am häufigsten eingesetzten. Es wird vor allem dann angewandt, wenn der Mann nur wenige oder unbewegliche Spermien produziert. Bei dieser Methode soll es in rund 25 Prozent der Fälle zu einer Schwangerschaft kommen (Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss).

Für beide Methoden gilt: Die Chance, Mehrlinge zu gebären ist höher als üblich, da häufig gleich zwei oder drei Embryonen in die Gebärmutter eingesetzt werden. Mehr als drei sind in Deutschland jedoch nicht erlaubt. Schließlich gibt es noch ein Verfahren, das jedoch nicht mehr häufig zur Anwendung kommt:

Intratubarer Gametentransfer (GIFT): Dabei werden der Frau über eine Bauchspiegelung Eizellen entnommen, die zusammen mit Spermazellen in einen oder beide Eileiter gespritzt werden. Die Befruchtung erfolgt auf natürlichem Wege. Das befruchtete Ei soll sich dann in der Gebärmutter einnisten. Diese Methode wird vor allem dann angewandt, wenn die Ursachen für die Unfruchtbarkeit nicht eindeutig ermittelt werden können. Auch bei speziellen medizinischen Indikationen kann sie angezeigt sein. Die Erfolgsrate liegt bei dieser Methode nicht höher als bei der IVF. Ungünstig ist unter anderem, dass die Bauchspiegelung unter Vollnarkose stattfinden muss. Außerdem besteht die erhöhte Gefahr einer Eileiterschwangerschaft.

Wichtig: In Deutschland dürfen nur eigene Eizellen bei der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommen. Eine Eizellenspende ist nicht erlaubt, eine Samenspende jedoch schon.

So viel kostet eine Kinderwunschbehandlung

Wie viel eine Kinderwunschbehandlung kostet, hängt vor allem davon ab, wie viele Versuche nötig sind, bis eine Schwangerschaft zustande kommt.

Die günstigste Variante ist die Insemination ohne eine vorherige Hormonstimulation. Der Eigenanteil eines Kassenpatienten beträgt oft zwischen 100 und etwa 800 Euro, je nachdem ob eine Hormonstimulation vorher stattfindet. Bei einer IVF- oder ICSI-Behandlung kostet der Eigenanteil oft zwischen 1.500 und 1.800 Euro.

Es können – je nach Behandlungsmethode – Zusatzkosten hinzukommen, etwa wenn Ei -oder Spermazellen eingefroren werden sollen, um sie für spätere

Befruchtungsversuche aufzubewahren. Dafür fallen etwa 600 bis 800 Euro an. Auch den Transfer einer solchen aufgetauten Eizelle müssen Versicherte selbst bezahlen.

Für Selbstzahler, die mit gar keinen Zuschüssen aus der gesetzlichen Krankenversicherung rechnen können, sind die Behandlungen oft deutlich teurer, da sie als Privatpatienten gelten. Ein Behandlungszyklus nach der IVF-Methode kann dann auch 3.500 bis 5.000 Euro kosten. Bei einer ICSI-Behandlung fallen durchaus 5.000 bis 8.000 Euro oder sogar mehr an. Hinzu kommen Beratungsgespräche und Untersuchungen.

Das zahlt die Krankenkasse

Die Krankenkassen bezahlen die Diagnostik einer Unfruchtbarkeit zu 100 Prozent. Kommt es dann zu einer Kinderwunschbehandlung, übernimmt sie die Kosten für die verschiedenen Methoden in unterschiedlichem Umfang. Dabei wird die Leistung an die Anzahl der Versuche geknüpft: Nicht immer ist eine Methode der künstlichen Befruchtung auf Anhieb erfolgreich. Manchmal benötigt es mehr

Versuche, manchmal gelingt eine Schwangerschaft auch gar nicht.

Pro Behandlungsmaßnahme übernimmt die Kasse die Kosten für

- die Insemination im Spontanzyklus (ohne Hormonbehandlung) bis zu achtmal

- die Insemination nach hormoneller Stimulation bis zu dreimal
- die IVF-Methode bis zu dreimal
- die ICSI bis zu dreimal
- die GIFT bis zu zweimal

Die Kasse trägt dann mindestens 50 Prozent der anfallenden Kosten. Ist nach dieser Höchstzahl an Versuchen keine Schwangerschaft eingetreten, besteht kein Leistungsanspruch mehr. Als „erfolgreicher Versuch“ gilt, wenn eine Schwangerschaft herbeigeführt wurde. Familien, die sich mehr als ein Kind wünschen, können wiederholt eine Kinderwunschbehandlung durchführen, die Anzahl ist nicht begrenzt.

Tipp: Eine oder mehrere der genannten Behandlungsmethoden können unter bestimmten Voraussetzungen auch nacheinander angewandt werden. Entscheidend ist, ob ausreichende Erfolgsaussichten auf eine Schwangerschaft bestehen. Bleibt also eine Behandlung erfolglos, kann eine andere Methode angewandt werden, sofern diese nach ärztlicher Einschätzung zum Erfolg führen kann.

Keine Leistungen werden übrigens übernommen wenn in der Vergangenheit bei einem Partner eine medizinisch nicht notwendige Sterilisation durchgeführt wurde

Neu: Kassen bezahlen Kryokonservierung

Es ist zwar keine Behandlung, aber für Paare mit Kinderwunsch dennoch eine wichtige Methode: Die Kryokonservierung, das Einfrieren von (befruchteten) Eizellen oder Spermien, um sie zu einem späteren Zeitpunkt zu verwenden. Das kommt oft dann in Frage, wenn bei einer IVF oder ICSI-Behandlung überzählige Eizellen im Vorkernstadium (vor der Verschmelzung) entstehen und später übertragen werden sollen. Das erspart zum Beispiel der Frau eine erneute Punktion der Eierstöcke beziehungsweise eine erneute Hormonbehandlung. Diese Kosten tragen die Kassen in der Regel nicht, einige jedoch beteiligen sich über ihre Zusatzleistungen.

Eine Ausnahme gibt es: Im vergangenen Jahr hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, dass eine Kryokonservierung dann von den Kassen bezahlt wird, wenn es eine medizinische Indikation dafür gibt. Das ist dann der Fall, wenn der Patient eine keimzellenschädigende Behandlung durchführen muss, etwa eine Chemotherapie bei einem Krebsleiden. In diesem Fall übernehmen

die Kassen die Kosten, diese Leistung soll voraussichtlich ab Sommer 2021 abzurechnen sein. Andere Verfahren im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung wie etwa das Assisted Hatching (das Verfahren soll dem Embryo die Einnistung in die Gebärmutter erleichtern) müssen Versicherte in der Regel selbst bezahlen.

Voraussetzungen für die Kostenbeteiligung

Wer gesetzlich krankenversichert ist, muss bestimmte Voraussetzungen erfüllen, um Zuschüsse für eine künstliche Befruchtung zu erhalten. Das Elternpaar muss

- heterosexuell und verheiratet sein
- die Maßnahme muss aus ärztlicher Sicht erforderlich sein
- es muss hinreichend Aussichten auf eine erfolgreiche Schwangerschaft geben
- es dürfen nur Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden
- die Frau muss mindestens 25 Jahre alt sein
- die Frau darf nicht älter als 39 Jahre, der Mann nicht älter als 49 Jahre alt sein.

Vor Behandlungsbeginn muss zudem durch den behandelnden Arzt ein Behandlungsplan bei der Krankenkasse vorgelegt und bewilligt werden. Sind die Partner bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert, muss jeder der Partner einen Behandlungsplan bei seiner Kasse einreichen.

Gemischte Versicherungsverhältnisse

Die Kostenübernahme ist einfach, wenn beide Partner bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Dann trägt jede Kasse den Kostenanteil seines Versicherten. Im besten Fall sind beide Partner bei derselben Kasse versichert, dann können sie bei manchen Kassen höhere Zuschüsse über Zusatzleistungen erhalten.

Kompliziert wird es hingegen, wenn beide Partner in unterschiedlichen Systemen versichert sind: der eine gesetzlich, der andere privat. Hier gelten verschiedene Versicherungsprinzipien. So gilt in der privaten Krankenversicherung (PKV) das Verursacherprinzip: Liegt der Grund für die Unfruchtbarkeit beim PKV-Mitglied, kann ein Anspruch auf die komplette Kostenübernahme der Kinderwunschbehandlung entstehen – auch beim Partner, auch wenn dieser gesetzlich versichert ist.

Besagt die Diagnose jedoch, dass der privat versicherte Partner nicht der Verursacher der

Kinderlosigkeit ist, trägt die Private Krankenkasse gar keine Kosten. In dem Fall kommt die GKV zu 50 Prozent der Kosten auf, die durch die Behandlung an ihrem Mitglied entstehen und auch für sogenannte „extrakorporale Leistungen“, also Kosten, die weder dem einen noch dem anderen Partner zuzuordnen sind. Bei einer Kinderwunschbehandlung entstehen solche Leistungen durch den künstlichen Befruchtungsvorgang, der außerhalb des Körpers stattfindet. Die Leistungen, die jedoch

direkt am privat versicherten Partner stattfinden, werden nicht von der Krankenkasse übernommen, erklärt die Barmer auf Anfrage.

Tipp: Paare in gemischten Versicherungsverhältnissen sollten sich vor einer Behandlung mit beiden Versicherern in Verbindung setzen und die Kostenübernahme klären. Vor allem ist zu klären, welcher Leistungsumfang im Tarif der privaten Krankenversicherung vorgesehen ist.

Zusatzleistungen der Krankenkassen

Weit über 90 Prozent aller medizinischen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind bei allen Kassen gleich und gesetzlich festgelegt (Regelleistungen). Nur zu einem geringen Prozentsatz können die Kassen nach eigener Entscheidung Zusatzleistungen – sogenannte Satzungsleistungen – für ihre Versicherten anbieten. In welchem Bereich solche Mehrleistungen angeboten werden, obliegt den Kassen. Einige bieten Zusatzleistungen im Bereich Kinderwunschbehandlung an – also zusätzliche finanzielle Leistungen, die über die Regelleistungen hinaus gehen. Es kann sich für ein Paar mit Kinderwunsch durchaus lohnen im Vorfeld einer Behandlung zu einer Kasse zu wechseln, die Zusatzleistungen in diesem Bereich anbietet. Folgendes ist dabei zu beachten:

- Versicherte sollten die finanzielle Mehrleistung, die unter dem Strich herauskommt, genau überprüfen und in Relation zum individuellen Zusatzbeitrag der jeweiligen Kasse setzen. Dieser Zusatzbeitrag beträgt einen Prozentsatz vom Brutto-Einkommen, die Hälfte des Betrags müssen Versicherte monatlich selbst bezahlen. Ein deutlich höherer Zusatzbeitrag bei der gewählten neuen Kasse kann einen Kostenvorteil bei der Kinderwunschbehandlung wieder relativieren.
- Kassen können Satzungsleistungen jederzeit wieder streichen, eine dauerhafte Garantie darauf gibt es nicht.
- Wichtig ist, ob die Krankenkasse mit den Mehrleistungen dem Versicherten auch offen steht. Nicht alle Kassen sind bundesweit geöffnet, manche stehen nur Versicherten in bestimmten Regionen offen, etwa AOKs, viele IKKs und viele BKKs.
- Zu beachten ist auch, dass durch einen Wechsel eventuell geschätzte Zusatzleistungen (zum Beispiel mehr Leistungen im Bereich Zahnbehandlung oder

Reiseimpfungen) bei der neuen Kasse wegfallen können.

- Wer die Kasse wechseln möchte, muss bestimmte Voraussetzungen erfüllen: Seit 2021 genügt es, mindestens zwölf Monate lang bei seiner bisherigen Kasse versichert zu sein, dann entsteht ein Wechselrecht zu einer neuen Kasse (bislang waren es 18 Monate). Eine Ausnahme gilt: Wenn die Kasse den Zusatzbeitrag erhöht, dann entsteht ein Sonderkündigungsrecht, das die zwölf Monate Mindestmitgliedschaft überflüssig macht.
- Beim Kassenwechsel ist eine Kündigungsfrist einzuhalten: zwei Monate zum Monatsende. Das gilt auch bei der Inanspruchnahme des Sonderkündigungsrechts. Allerdings muss der Versicherte nicht mehr bei seiner Kasse kündigen – auch das ist neu seit 2021. Er stellt einfach einen Aufnahmeantrag bei der neuen Kasse, diese kümmert sich um die Kündigung bei der bisherigen Kasse.

Typische Zusatzleistungen Kinderwunsch

Die Kassen bieten unterschiedliche Zusatzleistungen an. Viele erhöhen den prozentualen Zuschuss zu den drei Versuchen, oder sie finanzieren einen vierten Versuch, oder sie beteiligen sich an den Kosten einer Kryokonservierung (ohne medizinische Indikation wie etwa eine Krebserkrankung) und einer Blastozystenkultur. Dabei werden durch eine Verlängerung der Beobachtungszeit nach der IVF beziehungsweise ICSI-Methode – statt zwei bis drei Tagen sind es fünf Tage – Embryonen mit einer höheren Einnistungswahrscheinlichkeit identifiziert. So soll eine gezieltere Auswahl lebensfähiger Blastozysten mit erhöhter Chance auf eine Schwangerschaft erfolgen. Die umfangreichsten Leistungen bei den Kassen, die wir befragt haben, bieten die „IKK - Die Innovationskasse“, die Viactiv und einige Betriebskrankenkassen (BKKs).

Tabelle: Zusatzleistungen Kinderwunschbehandlung ausgewählter Krankenkassen

Krankenkasse	Mehrleistung Kinderwunschbehandlung
Techniker (bundesweit)	<ul style="list-style-type: none"> 250 Euro zum Eigenanteil pro IVF- oder ICSI-Versuch, wenn beide Partner bei der Techniker versichert sind.
BKKs (bundesweit/ regional)	<ul style="list-style-type: none"> siehe gesonderter Abschnitt weiter unten
AOK Bayern (Bayern)	<ul style="list-style-type: none"> 50 Prozent der Kosten für einen zusätzlichen Versuch aller im Rahmen der GKV zugelassenen Methoden der künstlichen Befruchtung
AOK Baden-Württemberg (Baden-Württemberg)	<ul style="list-style-type: none"> Weitere 25 Prozent der Behandlungskosten, wenn beide Partner bei der AOK versichert sind. Gilt auch für weibliche Paare gleichgeschlechtlicher Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz Gilt auch für Frauen über 40, wenn keine besonderen gesundheitlichen Risiken gegeben sind.
AOK Plus (Sachsen, Thüringen)	<ul style="list-style-type: none"> Weitere 25 Prozent der Behandlungskosten, wenn beide Partner bei der AOK Plus versichert sind. Kostenübernahme Assisted Hatching (Schlüpflilfe für Embryo) Kostenübernahme TESE (Testikuläre Spermienextraktion)
IKK classic (bundesweit)	<ul style="list-style-type: none"> 500 Euro Zuschuss zum Eigenanteil pro Versuch, wenn beide Ehepartner bei der IKK classic versichert sind. 250 Euro Zuschuss zum Eigenanteil pro Versuch, wenn nur ein Partner bei der IKK classic versichert ist.
Knappschaft (bundesweit)	<ul style="list-style-type: none"> Maximal 500 Euro Zuschuss zum Eigenanteil je Versuch, wenn beide Ehepartner bei der Knappschaft versichert sind.
Hkk (bundesweit)	<ul style="list-style-type: none"> 200 Euro Zuschuss zum Eigenanteil pro Versuch für jeden bei der Hkk-versicherten Partner (maximal 1.200 Euro für ein Ehepaar bei drei Versuchen).
Viactiv (bundesweit)	<ul style="list-style-type: none"> 500 Euro Zuschuss zum Eigenanteil pro Versuch für IVF- und ICSI-Behandlungen. 350 Euro einmalig für Kryozyklus nach Transfer („Auftauzyklus“ – Verwendung tiefgefrorener Eizellen) 250 Euro einmalig für Blastozystenkultur nach Transfer (längere Kultivierung des Embryos) 500 Euro einmalig für einen 4. Versuch IVF 700 Euro einmalig für einen 4. Versuch ICSI Altersgrenze Frau: 42 Jahre Wechsel im laufenden Behandlungszyklus zwischen IVF und ICSI-Methode, wenn medizinisch angezeigt Voraussetzung: Behandlung in speziellen Behandlungszentren
IKK - Die Innovationskasse (vorher IKK nord, bundesweit)	<ul style="list-style-type: none"> 100 Prozent Kostenübernahme der vertragsärztlichen Leistungen laut Behandlungsplan für IVF- und ICSI-Maßnahmen, wenn beide Partner bei „IKK – Die Innovationskasse“ versichert sind.

Die Barmer und die DAK, die mit zu den größten Kassen zählen, bieten keine Zusatzleistungen bei Kinderwunsch an. Quelle: Biallo.de/Stand Februar 2021

BKK-Kinderwunsch Programm

50 Betriebskrankenkassen (BKK), viele davon bundesweit geöffnet, bieten mit dem Programm „BKK Kinderwunsch“ zusätzliche Leistungen an (<https://www.bkk-bayern.de/versicherte/bkk-fuer-familien/>). Voraussetzung ist, dass die Frau das 42. Lebensjahr, der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Es genügt, wenn die Frau Mitglied bei der teilnehmenden BKK ist. Voraussetzung ist auch, dass sich das Paar in einem der Kinderwunschzentren behandeln lässt, das mit der BKK einen Vertrag geschlossen hat. Über diverse Zentren in Bayern hinaus stehen bislang

mehrere in Hamburg sowie in Hannover und Aalen zur Verfügung

([Teilnehmende Zentren 08 09 2020.pdf \(bkk-bayern.de\)](#)).

Leistungen

- Einmalig 350 Euro Kryozyklus nach Transfer
- Einmalig 250 Euro Blastozystenkultur nach Transfer
- 550 beziehungsweise 700 Euro für einen vierten Versuch der künstlichen Befruchtung nach Transfer je nach Methode in

einem der am BKK-Programm teilnehmenden Zentren

- Wechsel im laufenden Behandlungszyklus zwischen IVF- und ICSI-Methode
- prioritäre Verwendung kryokonservierter imprägnierter (befruchteter) Eizellen
- Bei einer Überstimulation infolge der Kryokonservierung können sämtliche

befruchtete Eizellen in einem späteren Zyklus maximal drei Monate nach Beginn der Stimulation transferiert werden („Freeze all“).

- Maximal zwei befruchtete Eizellen werden transferiert, was das Risiko von Mehrlingsgeburten reduziert.

Zuschüsse von Bund und Ländern

Paare mit Kinderwunsch können auch von einer staatlichen Förderung profitieren. Voraussetzung ist, dass das jeweilige Bundesland, in dem das Paar dauerhaft wohnt, sich beteiligt und zwar in gleicher Höhe wie der Bund. Jedes Bundesland knüpft die Förderung dabei an andere Bedingungen, auch die Höhe des Zuschusses variiert. Diese Länder beteiligen sich an den Kosten: Bayern (seit 1. November 2020), Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen. Rheinland-Pfalz hat Interesse bekundet.

Tipp: Der Zuschuss steht auch unverheirateten, heterosexuellen Paaren offen. Es werden Verfahren der IVF- oder ICSI-Methode bezuschusst. Voraussetzung für den Zuschuss ist, dass die Maßnahme noch nicht begonnen wurde. Über einen Förder-Check können Paare herausfinden, ob sie eine Förderung durch Bund und Länder erhalten können: <https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/kiwu/finanzielle-foerderung/foerder-check>

Beispiele:

Bayern:

- bis 4. Behandlungszyklus verheiratete, heterosexuelle Paare: bis zu 50 Prozent des Eigenanteils
- bis 3. Behandlungszyklus unverheiratete, heterosexuelle Paare: bis zu 25 Prozent des Eigenanteils
- 4. Behandlungszyklus: bis zu 50 Prozent des Eigenanteils.
- Maximal für den 1. bis 3. Behandlungszyklus 800 Euro (IVF) und 900 Euro (ICSI). Für den 4. Behandlungszyklus 1.600 Euro (IVF) und 1.800 Euro (ICSI).

Nordrhein-Westfalen:

- verheiratete, heterosexuelle Paare: bis 3. Behandlungszyklus 50 Prozent des Eigenanteils, maximal 800 Euro (IVF) und 900 Euro (ICSI), 4. Behandlungszyklus: 50 Prozent des Eigenanteils, maximal 1.600 Euro (IVF) und 1.800 Euro (ICSI).
- unverheiratete, heterosexuelle Paare: bis 3. Behandlungszyklus 25 Prozent des Eigenanteils, maximal 800 Euro (IVF) und 900 Euro (ICSI), zusätzlich pauschaler Zuschlag von 240 Euro bei IVF und 270 Euro bei ICSI, 4. Behandlungszyklus 50 Prozent des Eigenanteils, maximal 1.600 Euro (IVF) und 1.800 Euro (ICSI).

Hessen: 4. Behandlungszyklus: 75 Prozent des Eigenanteils, maximal 3.000 Euro (IVF) und 3.300 Euro (ICSI)

Berlin: 2. und 3. Behandlungszyklus 75 Prozent des Eigenanteils, maximal 800 Euro (IVF) und 900 Euro (ICSI).

Niedersachsen:

- bis 4. Behandlungszyklus verheiratete, heterosexuelle Paare bis zu 50 Prozent des Eigenanteils.
- 1.-3. Behandlungszyklus unverheiratete, heterosexuelle Paare bis zu 25 Prozent des Eigenanteils
- 4. Behandlungszyklus: bis zu 50 Prozent des Eigenanteils.
- Maximal für den 1.-3. Behandlungszyklus 800 Euro (IVF) und 900 Euro (ICSI). Für den 4. Behandlungszyklus 1.600 Euro (IVF) und 1.800 Euro (ICSI).

Verwendete Quellen:

<https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/ambulant/kuenstliche-befruchtung/>

https://www.test.de/Kuenstliche-Befruchtung-Die-Kinderwunschbehandlung-optimal-finanzieren-5592906-0/?mc=sea.dsa.generisch&qclid=EA1aIQobChMIqOSk8-Lc7gIVEOJ3Ch3p-Ax9EAAYASAAEgKA9_D_BwE

<https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/krankenversicherung/gesetzliche-krankenversicherung-schneller-wechsel-moeglich-13883>

<https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/kiwu/unterstuetzung-von-bund-und-laendern/147124>

<https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/kiwu/finanzielle-foerderung/foerder-check>

https://www.bezreg-muenster.de/de/gesundheit_und_soziales/kinderwunsch/index.html

https://www.kbv.de/html/1150_50138.php

Der „Ratgeber der Woche“ ist ein Service der Verbraucher-Redaktion Biallo & Team GmbH, Bahnhofstraße 25, 86938 Schondorf. Sie können uns erreichen unter info@biallo.de oder per Telefon: 08192/93379-0.

Weitere Infos unter www.biallo.de Es ist uns jedoch **gesetzlich untersagt**, individuell fachlich zu beraten.