

Bekanntmachungen

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Bekanntmachung [1029 A] eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstliche Befruchtung)

Vom 15. Juni 2004

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 15. Juni 2004 beschlossen, die Richtlinien über künstliche Befruchtung in der Fassung vom 14. August 1990 (veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt Nr. 12 vom 30. November 1990), zuletzt geändert am 1. Dezember 2003 (BAnz. 2004 S. 910), in Kraft getreten am 22. Januar 2004, in der Anlage 1 wie folgt zu ändern:

- Das bisherige Formblatt in der Anlage I („Muster Behandlungsplan“) wird durch das folgende Formblatt „Muster Behandlungsplan“ ersetzt.

„Anlage I Muster Behandlungsplan

Name der Krankenkasse Name, Vorname des Versicherten (weibl.) W Geb. am Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Vertragsarzt-Nr. Datum	Name der Krankenkasse Name, Vorname des Versicherten (männl.) M Geb. am Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Vertragsarzt-Nr. Datum
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Behandlungsplan

für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die o. g. Ehegatten.

I. Indikation(en) gemäß Nr. 11.1 bis Nr. 11.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung:

.....

II. Geplante Behandlungsmaßnahme:

- Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)
- Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)
- In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)
- Intratubarer Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)

Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen nach Nr. 10.1 bis Nr. 10.5

III. Kostenschätzung:

Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse. Auflistung der Positionen gegebenenfalls auf separatem Beiblatt. Kostenschätzungen sind als durchschnittliche Kostenpanne in Euro anzugeben.

IIIa. Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen:

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

W:	M:
-----------	-----------

Summe Ärztliche Behandlung (Euro)

W:	M:
-----------	-----------

Sachkosten und Praxisbedarf (Euro)

W:	M:
-----------	-----------

Gesamtsumme für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)

W:	M:
-----------	-----------

IIIb. Kosten pro Zyklusfall (ohne einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen):

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

W:	M:
-----------	-----------

Summe Ärztliche Behandlung (Euro)

W:	M:
-----------	-----------

Medikamentenkosten (Euro)

W:	M:
-----------	-----------

Sachkosten und Praxisbedarf (Euro)

W:	M:
-----------	-----------

Gesamtsumme pro Zyklusfall (Euro)

W:	M:
-----------	-----------

W:	M:
-----------	-----------

Ort, Datum, Unterschrift, Praxis/Klinik

IV. Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

Die auf die jeweils zulässige Höchstzahl anzurechnenden Vorbehandlungen sind zu berücksichtigen und verringern die Anzahl der genehmigten Zyklen.

Bei einer Genehmigung für drei IVF- oder ICSI-Zyklen steht der dritte IVF- oder ICSI-Zyklus unter dem Vorbehalt, dass in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzyklus kann die Genehmigung für bis zu acht in Folge geplante Zyklen erteilt werden.

Neben § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt IIIb) Eigenanteil des Patienten. Eine abschließende Berechnung der Gesamtkosten kann – u. a. in Abhängigkeit des vertraglich vereinbarten Punktwertes in Cent bzw. Euro – erst nach Beendigung der Behandlung erfolgen.

Bei Änderung der Behandlungsmethode (siehe Abschnitt II) sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.



W: Der Behandlungs-/Kostenplan wird für maximal ... Zyklen/Zyklus genehmigt <input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei) Ort, Datum, Unterschrift Krankenkasse	M: Der Behandlungs-/Kostenplan wird für maximal ... Zyklen/Zyklus genehmigt <input type="checkbox"/> nicht genehmigt (separate Begründung anbei) Ort, Datum, Unterschrift Krankenkasse
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

“
 2. Die Änderung der Richtlinien tritt am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

Berlin, den 15. Juni 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss
 Der Vorsitzende
 Dr. jur. R. H e s s