

# Bekanntmachungen

## Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

### Bekanntmachung [1050 A] eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ Vom 15. November 2005

Der Gemeinsame Bundesausschuss in der Besetzung nach § 91 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hat in seiner Sitzung am 15. November 2005 beschlossen, die Richtlinien über künstliche Befruchtung in der Fassung vom 14. August 1990 (BArbl. 1990 Nr. 12), zuletzt geändert am 19. Oktober 2004 (BAnz. S. 24 522), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinien über künstliche Befruchtung werden wie folgt geändert:

1 Nummer 8 Abs. 1 wird um folgenden Satz ergänzt:  
„Sofern eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten ist, ohne dass es nachfolgend zur Geburt eines Kindes gekommen ist, wird dieser Behandlungsversuch nicht auf die vorstehende Anzahl angerechnet.“

2 Nummer 9.2 wird wie folgt geändert:

2.1 Absatz 3 wird um folgenden Satz ergänzt:  
„Sind weitere Zyklen genehmigungsfähig, ist hierfür ein Folge-Behandlungsplan (Muster siehe Anlage II) auszustellen.“

2.2 Es wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„Der Folge-Behandlungsplan muss die o. a. Angaben mit Ausnahme der Angabe zu Art und Anzahl bisher durchgeführter Maßnahmen der künstlichen Befruchtung enthalten. An Stelle dieser Angabe tritt die Angabe

– Art und Anzahl bisher ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft durchgeführter Maßnahmen der künstlichen Befruchtung.“

2.3 Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und wie folgt neu gefasst: „Bei Änderung der Behandlungsmethode gemäß Nummer 10.1 bis 10.5 sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung ist ein Folge-Behandlungsplan (Muster siehe Anlage II) vorzulegen.“

3 Nummer 9.3 wird wie folgt gefasst:

„Der Unterausschuss Familienplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen an den Mustern des Behandlungsplanes – Anlage I – und des Folge-Behandlungsplanes – Anlage II – vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Behandlungsplan bzw. Folge-Behandlungsplan nicht in ihren wesentlichen Inhalten geändert werden.“

4 Die Zwischenüberschrift „Übergangsregelung“ sowie die Nummer 24 werden ersatzlos gestrichen.

5 Den Richtlinien wird als Anlage II das Muster eines Folge-Behandlungsplans beigelegt.

II. Die Änderung tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Siegburg, den 15. November 2005

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Der Vorsitzende  
H e s s

#### Anlage

#### Anlage II Muster-Folge-Behandlungsplan

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

**Folge-Behandlungsplan zum Behandlungsplan vom .....**  
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)
- Intrauteriner-Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)

Art und Anzahl bereits ohne Eintritt einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft 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)

<b>W:</b>	<b>M:</b>
-----------	-----------

Summe Ärztliche Behandlung (Euro)

<b>W:</b>	<b>M:</b>
-----------	-----------

Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)

<b>W:</b>	<b>M:</b>
-----------	-----------

**Gesamtsumme** für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen (Euro)

<b>W:</b>	<b>M:</b>
-----------	-----------

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

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

<b>W:</b>	<b>M:</b>
-----------	-----------

Summe Ärztliche Behandlung (Euro)

<b>W:</b>	<b>M:</b>
-----------	-----------

Medikamentenkosten (Euro)

<b>W:</b>	<b>M:</b>
-----------	-----------

Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)

<b>W:</b>	<b>M:</b>
-----------	-----------

**Gesamtsumme** pro Zyklusfall (Euro)

<b>W:</b>	<b>M:</b>
-----------	-----------

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.

Werden mehrere Zyklen genehmigt, erlischt die Genehmigung, sobald die Gesamtzahl der Behandlungen (einschließlich Vorbehandlungen), die nicht zu einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft geführt haben, die jeweils zulässige Höchstzahl erreicht hat.

Nach § 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.

Spätestens nach Ablauf eines Jahres seit der Genehmigung sowie bei Änderung der Behandlungsmethode ist ein neuer Folge-Behandlungsplan vorzulegen.

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