

Bekanntmachungen

■ Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung

[1579 A] **Bekanntmachung
des Bundesausschusses
der Ärzte und Krankenkassen
über einen Beschluss zur Änderung
der Richtlinien über ärztliche Maßnahmen
zur künstlichen Befruchtung
(Richtlinien über künstliche Befruchtung)**

Vom 1. Dezember 2003

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 1. Dezember 2003 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 26. Februar 2002 (BAnz. S. 10 941), wie folgt zu ändern:

1 Der Abschnitt „Leistungsvoraussetzungen“ wird wie folgt geändert:

a) In der Nummer 3 wird in Satz vier und fünf jeweils der Halbsatz „sofern beide Ehegatten gesetzlich versichert sind“ gestrichen und das Kommazeichen jeweils durch einen Punkt ersetzt.

b) In der Nummer 8 werden im Satz 2 die Wörter „in der Regel“ gestrichen.

c) In der Nummer 8 werden hinter dem zweiten, dritten und fünften Spiegelstrich die Zahlenangaben „sechsmal“, „viermal“ und „viermal“ jeweils durch „dreimal“ ersetzt.

d) In der Nummer 8 wird der Satz 3 gestrichen.

e) Nummer 9 wird durch die folgenden Absätze Nummer 9.1, 9.2 und 9.3 ersetzt:

„9.1 Anspruch auf Leistungen zur künstlichen Befruchtung besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40., und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Die angegebenen Altersgrenzen müssen für beide Partner in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus bzw. des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein.

9.2 Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen (Muster siehe Anlage I).

Der Behandlungsplan muss folgende Angaben enthalten:

- Geburtsdatum der Ehepartner
- Indikation(en) gemäß Nummer 11.1 bis 11.5
- Behandlungsmethode gemäß Nummer 10.1 bis 10.5
- Art und Anzahl bisher durchgeführter Maßnahmen der künstlichen Befruchtung
- Voraussichtlich entstehende Behandlungskosten einschließlich aller Medikamentenkosten pro Behandlungszyklus (Zyklusfall)

Der Behandlungsplan umfasst maximal 3 in Folge geplante Zyklen. Die Krankenkassen erteilen die Genehmigung für den 3. IVF- oder ICSI-Zyklus nur unter dem Vorbehalt, dass in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat (vgl. Nummer 8). Bei Inseminationen im Spontanzyklus (gemäß Nummer 10.1) wird die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt. Bei Änderung der Behandlungsmethode gemäß Nummer 10.1 bis 10.5 sowie spätestens nach Ablauf eines Jahres seit

der Genehmigung ist ein neuer Behandlungsplan vorzulegen.
9.3 Der Arbeitsausschuss Familienplanung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Muster des Behandlungsplanes gemäß Anlage I vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Behandlungsplan nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.“

2 Der Abschnitt „Indikationen“ wird wie folgt geändert:
In der Nummer 11.1 werden die Wörter „Zustand nach Konisation“ durch das Wort „Zervikalkanalstenose“ ersetzt.

3 Der Abschnitt „Empfehlungen zur Qualitätssicherung“ wird wie folgt geändert:
In der Nummer 22.3 wird „Übergangsregelung“ gestrichen.

4 Der Abschnitt „In-Kraft-Treten“ wird wie folgt geändert:
In der Nummer 23 wird der Halbsatz „wobei für die Verfahren nach den Nummern 10.2 bis 10.4 die Beratung nach Nummer 14 als Beginn der Maßnahmen anzusehen ist.“ gestrichen und das 2. Kommazeichen durch einen Punkt ersetzt.

5 Nach der Nummer 23 wird Folgendes angefügt:
„Übergangsregelung

24. Ein bis zum 31. Dezember 2003 begonnener Behandlungszyklus (Zyklusfall) wird gemäß der bis dahin geltenden Regelungen abgeschlossen. Als Beginn der Maßnahme ist der 1. Zyklustag im Spontanzyklus, der 1. Stimulationstag im stimulierten Zyklus bzw. der 1. Tag der Down-Regulation anzusehen.“

6 Der Richtlinie wird folgende Anlage angefügt:

Anlage I — Muster Behandlungsplan

Anlage I — Muster Behandlungsplan

Name der Krankenkasse Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

(weibl.)

Name, Vorname des Versicherten

(männl.)

Geb. am Geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. Datum Vertragsarzt-Nr. Datum

Behandlungsplan

für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V

I. Indikation(en) gem. 11.1 bis 11.5:

II. Geplante Behandlungsmaßnahme:

w Insemination im Spontanzyklus (gemäß Nr. 10.1)

w Insemination nach hormoneller Stimulation (gemäß Nr. 10.2)

w In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (gemäß Nr. 10.3)

w Intratubarer Gameten-Transfer (gemäß Nr. 10.4)

w Intracytoplasmatische Spermieninjektion (gemäß Nr. 10.5)

Anzahl und Art bereits erfolgter Behandlungen nach Nr. 10.1

bis 10.5:

III. Kostenschätzung (pro Zyklusfall):

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen*):

*) Diese Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse.

Auflistung der EBM-Positionen ggf. auf separatem Beiblatt.

Medikamentenkosten (durchschnittliche Kostenspanne*):

*) Diese Angabe steht unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung aufgrund der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernisse.

Sachkosten und Praxisbedarf (durchschnittliche Kostenspanne*):

.....

*) Diese Angaben stehen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Änderung aufgrund der diagnostischen und therapeutischen Einzelfallerfordernissen.

Gesamtkosten (geschätzt):

Ort, Datum Unterschrift Praxis/Klinik

IV. Genehmigung durch die Krankenkasse(n)

Der Behandlungs-/Kostenplan wird für 3 in Folge geplante Zyklen genehmigt*)

*) Die Genehmigung für den 3. IVF oder ICSI-Zyklus steht unter dem Vorbehalt, dass in einem von 2 Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat. Bei Inseminationen im Spontanzyklus wird die Genehmigung für bis zu 8 in Folge geplante Zyklen erteilt.

w genehmigt

w nicht genehmigt (separate Begründung anbei)
Nach § 27a SGB V sind 50% der entstehenden Kosten (inklusive
Medikamentenkosten) Eigenanteil des Patienten.
Eine abschließende Berechnung kann erst nach Beendigung der
Behandlung erfolgen.
Die voraussichtlichen Kosten pro Zyklusfall werden ca.e
betragen.
Ort, Datum Unterschrift Krankenkasse(n)
Die Änderung der Richtlinien tritt am Tag nach der Veröffentlichung
in Kraft.
Köln, den 1. Dezember 2003
Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen
Der Vorsitzende
J u n g