

**Richtlinien**  
**des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung**  
**(„Richtlinien über künstliche Befruchtung“)<sup>\*</sup>**

in der Fassung vom 14. August 1990  
veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1990, Nr. 12

zuletzt geändert am 19. Oktober 2004  
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004; Nr. 243: S. 24522  
in Kraft getreten am 23. Dezember 2004

---

<sup>\*</sup> Zu recherchieren unter DARIS-Archivnummer **1003686244**

Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 27a Abs. 4 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und i. V. m. § 135 Abs. 1 des 5. Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien bestimmen die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der den gesetzlichen Erfordernissen des § 27a Abs. 1 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung.

### Leistungsvoraussetzungen

1. Ärztliche Maßnahmen nach diesen Richtlinien sind nur durchzuführen, wenn die Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit nach § 27 SGB V (zum Beispiel Fertilisierungsoperation, alleinige hormonelle Stimulation), die nicht Gegenstand dieser Richtlinien sind, keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind.
2. Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach diesen Richtlinien werden nur gewährt, wenn sie im homologen System durchgeführt werden, wenn also die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind. Es dürfen ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden. Nach Geburt eines Kindes besteht - sofern die sonstigen Voraussetzungen nach diesen Richtlinien gegeben sind - erneut ein Anspruch auf Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung. Nach einer Sterilisation besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Leistungen zur künstlichen Befruchtung. Ausnahmen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.
3. Die Krankenkasse ist nur für diejenigen Leistungen zuständig, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden. Hierzu gehören im Rahmen der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gegebenenfalls erforderliche Leistungen beim Ehegatten des Versicherten nicht, wenn dieser nicht bei derselben Krankenkasse versichert ist. Für die Maßnahmen im Zusammenhang mit der (ggf.) Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens sowie für den HIV-Test beim Ehemann ist die Krankenkasse des Ehemannes leistungspflichtig. Für die Beratung des Ehepaares nach Nr. 14 sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen ist die Krankenkasse der Ehefrau zuständig. Für die Beratung des Ehepaares nach Nr. 16 und die ggf. in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung ist die Krankenkasse des Ehemannes zuständig.
4. Maßnahmen nach diesen Richtlinien umfassen solche Leistungen nicht, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen - wie etwa die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen.
5. Diese Richtlinien gelten ausschließlich für ambulant durchgeführte ärztliche Maßnahmen durch zugelassene Ärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen, denen die zuständige Behörde gemäß § 121 a SGB V eine Genehmigung zur Durchführung der betreffenden Maßnahmen er-

teilt hat. Die ärztlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sollen - soweit möglich - ambulant durchgeführt werden. Soweit ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung im Rahmen von Krankenhausbehandlung durchgeführt werden, gelten die Bestimmungen gemäß § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V.

6. Voraussetzung für die Durchführung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach diesen Richtlinien ist, dass beide Ehegatten zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahmen HIV-negativ sind und dass bei der Frau ein ausreichender Schutz gegen die Rötelninfektion besteht.
7. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach den Nrn. 10.2, 10.3, 10.4 und 10.5 dürfen nur durchgeführt werden, wenn die Ehegatten zuvor von einem Arzt, der die Maßnahmen nicht selbst durchführt, über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten worden sind (Nr. 14) und sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen worden sind, die zur Durchführung dieser Maßnahmen berechtigt sind (Nr. 17). Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung können insofern nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden.
8. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung dürfen nur durchgeführt werden, wenn hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht für die jeweiligen Behandlungsmaßnahmen dann nicht, wenn sie
  - bei der Insemination im Spontanzyklus (Nr. 10.1) bis zu achtmal,
  - bei der Insemination nach hormoneller Stimulation (Nr. 10.2) bis zu dreimal,
  - bei der In-vitro-Fertilisation (Nr. 10.3) bis zu dreimal,
  - beim intratubaren Gameten-Transfer (Nr. 10.4) bis zu zweimal,
  - bei der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (Nr. 10.5) bis zu dreimal

vollständig durchgeführt wurden, ohne dass eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten ist.

Sofern eine Indikation sowohl nach Nr. 11.3 für Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation als auch nach Nr. 11.4 für Maßnahmen zum intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, so dürfen die betreffenden Maßnahmen grundsätzlich nur alternativ, das heißt entweder die Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation oder die Maßnahmen zum intratubaren Gameten-Transfer, durchgeführt werden. In-vitro-Fertilisation und Intracytoplasmatische Spermieninjektion dürfen aufgrund der differenzierten Indikationsstellung ebenso nur alternativ angewandt werden. Medizinisch begründete Ausnahmen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.

Bei der In-vitro-Fertilisation nach Nr. 10.3 gelten die Maßnahmen als vollständig durchgeführt, wenn die Eizellkultur angesetzt worden ist. Bei der In-vitro-Fertilisation besteht im übrigen - abweichend von der zuvor genannten Zahl - eine hinreichende Erfolgsaussicht bereits nach zweimaliger vollständiger Durchführung der Maßnahmen dann nicht, wenn in beiden Fällen eine Befruchtung

nicht eingetreten ist und sich bei der Analyse der hierfür maßgeblichen Ursachen erkennen lässt, dass eine In-vitro-Fertilisation nicht möglich ist.

Bei der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion nach Nr. 10.5 gilt die Maßnahme dann als vollständig durchgeführt, wenn die Spermieninjektion in die Eizelle(n) erfolgt ist. Bei der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion besteht – abweichend von der zuvor genannten Zahl – eine hinreichende Erfolgsaussicht bereits nach zweimaliger vollständiger Durchführung der Maßnahmen dann nicht, wenn in beiden Fällen eine Befruchtung nicht eingetreten ist.

- 9.1 Anspruch auf Leistung zur künstlichen Befruchtung besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. Lebensjahr 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 s. 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 drei 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.

### Methoden

10. Ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V kommen im Rahmen folgender Verfahren zum Einsatz:
  - 10.1 intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, gegebenenfalls nach Stimulation mit Antiöstrogenen,
  - 10.2 intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen,
  - 10.3 In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer),
  - 10.4 intratubarer Gameten-Transfer (GIFT),
  - 10.5 Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).

### Medizinische Indikationen

11. Als medizinische Indikationen zur Durchführung von ärztlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gelten:
  - 11.1 Für die Insemination nach Nr. 10.1:
    - somatische Ursachen (zum Beispiel Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanalstenose, Dyspareunie),
    - gestörte Spermatozoen-Mucus-Interaktion,
    - Subfertilität des Mannes,
    - immunologisch bedingte Sterilität.
  - 11.2 Für die Insemination nach Nr. 10.2:
    - Subfertilität des Mannes,
    - immunologisch bedingte Sterilität.

Homologe Inseminationen nach Nr. 10.2 sollen - von medizinisch begründeten Ausnahmefällen (zum Beispiel bestimmte Formen der Subfertilität des Mannes) abgesehen - wegen des Risikos hochgradiger Mehrlingsschwangerschaften nur durchgeführt werden, wenn nicht mehr als drei Follikel gereift sind.

- 11.3 Für die In-vitro-Fertilisation (IVF) mit – gegebenenfalls intratubarem – Embryo-Transfer (ET beziehungsweise EIFT):
  - Zustand nach Tubenamputation,
  - anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss,
  - anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose,

- idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind,
- Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nr. 10.2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,
- immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Nr. 10.2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind.

### 11.4 Für den intratubaren Gameten-Transfer (GIFT):

- anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose,
- idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind,
- Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nr. 10.2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind.

### 11.5 Für die Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) mit - gegebenenfalls intratubarem Embryo-Transfer (ET bzw. EIFT):

- männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermio-gramme im Abstand von mindestens 12 Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermias folgende Grenzwerte – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) – unterschreiten.

Merkmal	Indikationsbefund	
	Nativ	alternativ swim-up
Konzentration (Mio/ml)	< 10	< 5
Gesamtmotilität (%)	< 30	< 50
Progressivmotilität (WHO A in %)	< 25	< 40
Normalformen (%)	< 20	< 20

Sind nicht alle Kriterien gleichzeitig erfüllt, so ist das entscheidende Kriterium die Progressivmotilität.

Sofern diese unter 15 % im Nativsperma oder unter 30 % im swim-up-Test liegt, so liegt eine Indikation für die Intracytoplasmatische Spermieninjektion vor. Die Beurteilung des Spermias hat nach den gültigen WHO-Vorgaben zu erfolgen.

### Umfang der Maßnahmen

12. Im einzelnen kommen im Zusammenhang mit der Durchführung der Maßnahmen nach den Nrn. 10.1 bis 10.5 - je nach gewählter Methode - folgende Leistungen in Betracht:

12.1 Untersuchung auf HIV-Antikörper bei beiden Ehegatten sowie auf HbsAg bei der Frau,

- 12.2 Maßnahmen im Zusammenhang mit der Untersuchung und der Aufbereitung - gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation – des männlichen Samens,
- 12.3 Durchführung der hormonellen Stimulationsbehandlung (nur bei Maßnahmen nach den Nrn. 10.2, 10.3, 10.4 und 10.5),
- 12.4 Laboratoriumsmedizinische Bestimmungen von luteinisierendem Hormon, Östradiol und Progesteron,
- 12.5 Sonographische Untersuchungen,
- 12.6 Ultraschallgezielte oder laparoskopische Eizellentnahme (nur bei Maßnahmen nach den Nrn. 10.3, 10.4 und 10.5),
- 12.7 Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen, einschließlich der mikroskopischen Beurteilung der Reifestadien der Eizellen (bei Maßnahmen nach Nr. 10.4) oder der Eizellkultur (bei Maßnahmen nach den Nrn. 10.3 und 10.5),
- 12.8 Insemination (bei Maßnahmen nach den Nrn. 10.1 und 10.2), Embryo-Transfer (bei Maßnahmen nach den Nrn. 10.3 und 10.5) und intratubarer Gameten-Transfer (bei Maßnahmen nach Nr. 10.4),
- 12.9 Beratung nach den Nrn. 13-16.

### **Beratung des Ehepaares und Überweisung zur Durchführung der Maßnahmen**

13. Die Beratung des Ehepaares soll - bei Vorliegen der übrigen leistungsrechtlichen Voraussetzungen - erst durchgeführt werden, wenn zuvor unter Einsatz geeigneter diagnostischer und gegebenenfalls therapeutischer Maßnahmen das Vorliegen einer der in Nr. 11 genannten medizinischen Indikationen gesichert worden ist. Sofern der die Indikation stellende Arzt nicht mit dem beratenden Arzt identisch ist, soll die Beratung nach Nr. 7 nur aufgrund einer entsprechenden Überweisung des die Indikation stellenden Arztes in Anspruch genommen werden.
14. Die Beratung nach Nr. 7 soll sich gezielt auf die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beziehen. Dabei sollen nicht nur die gesundheitlichen Risiken und die Erfolgsquoten der Behandlungsverfahren angesprochen, sondern auch die körperlichen und seelischen Belastungen insbesondere für die Frau sowie mögliche Alternativen zum eigenen Kind (zum Beispiel Adoption) eingehend erörtert werden.
15. Über die erfolgte Beratung ist eine Bescheinigung auszustellen, die zusammen mit der Überweisung dem Arzt vorgelegt werden soll, der die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung durchführt.

16. Vor der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion hat der durchführende Arzt das Ehepaar über die speziellen, auch genetischen Risiken und mögliche Fehlbildungen des Kindes aufzuklären. Hierbei hat der Arzt das Paar auch über den Anspruch auf humangenetische Beratung und ggf. Untersuchung vor der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion zu informieren und die Eltern auf ihre Verantwortung für die ihnen überlassene Entscheidung zur Anwendung dieser Methode und damit für das erhebliche Risiko von Fehlbildungen bei den Kindern hinzuweisen.

Diese Beratung ist insbesondere bei entsprechenden Befundkonstellationen (z.B. Familienanamnese mit Hinweisen auf genetische Fehlbildungen, beidseitiger kongenitaler Verschluss der Samenleiter beim Mann) dem Ehepaar besonders zu empfehlen. Das Gespräch ist in geeigneter Weise zu dokumentieren. Lehnt das Paar eine humangenetische Beratung ab, ist dies ebenfalls zu dokumentieren.

### **Berechtigte Ärzte**

17. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach diesen Richtlinien dürfen nur solche zugelassenen Ärzte, ermächtigten Ärzte oder ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen erbringen, denen die zuständige Behörde gemäß § 121 a SGB V eine Genehmigung zur Durchführung dieser Maßnahmen erteilt hat. Dies gilt bei Inseminationen nur dann, wenn sie nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden, bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit 3 oder mehr Embryonen besteht.
18. Homologe Inseminationen ohne vorangegangene Stimulationsbehandlung (Nr. 10.1) dürfen nur von solchen Ärzten durchgeführt werden, die zur Führung der Gebietsbezeichnung "Frauenarzt" berechtigt sind.
19. Regelungen in ärztlichen Berufsordnungen zur Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung bleiben unberührt.
20. Beratungen nach Nr. 14 dürfen nur von Ärzten, die zum Führen der Gebietsbezeichnung "Frauenarzt" berechtigt sind, sowie von solchen anderen Ärzten durchgeführt werden, die über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin verfügen (z.B. Fachärzte für Urologie oder Fachärzte für Dermatologie). Voraussetzung für die Durchführung von Beratungen nach Nr. 14 ist ferner der Nachweis der Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung.
21. Bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach dieser Richtlinie, welche eine Stimulationsbehandlung der Frau zur Gewinnung von Eizellen beinhalten, soll diese Stimulationsbehandlung durch den Arzt vorgenommen werden, welcher die Maßnahme selbst durchführt.



### Empfehlungen zur Qualitätssicherung

22. Es werden auf der Grundlage des § 135 Abs. 1 Nrn. 2 und 3 folgende Empfehlungen zur Qualitätssicherung und zu den erforderlichen Aufzeichnungen über die Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung abgegeben:

22.1 Leistungen der künstlichen Befruchtung können in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann ausgeführt und abgerechnet werden, wenn zuvor bestimmte Anforderungen an die Qualität erfüllt und nachgewiesen werden.

Hierzu gehören:

- Der Leiter der Praxis oder Einrichtung muss Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe sein und über die fakultative Weiterbildung „gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin“ verfügen.
- In der Praxis oder Einrichtung müssen die folgenden Kenntnisse und Erfahrungen vorhanden sein:
  - Endokrinologie der Reproduktion
  - Gynäkologische Sonographie
  - Operative Gynäkologie
  - Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur
  - Andrologie

Von diesen fünf Bereichen können jeweils nur zwei gleichzeitig von einem Arzt oder Wissenschaftler der Praxis oder Einrichtung verantwortlich geführt werden. Grundsätzlich müssen andrologisch qualifizierte Ärzte (Urologen, Dermatologen, Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie) in Diagnostik und Therapie im Rahmen der assistierten Reproduktion integriert sein. Die regelmäßige Kooperation mit einem Humangenetiker und einem ärztlichen Psychotherapeuten muss gewährleistet sein.

- Die Praxis oder die Einrichtung muss über die zur Durchführung der künstlichen Befruchtung erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verfügen. Es ist die notwendige apparativ-technische Ausstattung insbesondere zur Ultraschalldiagnostik, zur Hormondiagnostik, zur Spermadiagnostik und –aufbereitung, zur Gewinnung der Eizellen, zur In-vitro-Kultivierung der Eizellen, zum Embryonentransfer und zum intratubaren Gametentransfer sowie die erforderliche personelle und räumliche Ausstattung vorzuhalten.
- Die Praxis oder Einrichtung muss über eine Genehmigung zur Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung durch eine zuständige Stelle nach § 121a SGB V verfügen.

Ergänzende Anforderungen zur Genehmigung der Durchführung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung legen die Partner der Bundesmantelverträge gemäß § 135 Abs. 2 SGB V auf der Grundlage von Empfehlungen fest.

22.2 Praxen oder Einrichtungen, welche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung durchführen, sind verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden vergleichenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum

Ziel haben, die Ergebnisqualität zu erhalten und zu verbessern. Die erforderlichen ärztlichen Aufzeichnungen müssen insbesondere Angaben, welche den Erfolg der Therapie beeinflussen können und die Wahl des Verfahrens der künstlichen Befruchtung begründen sowie zum Verlauf der Stimulation und zum Ergebnis der Therapie beinhalten.

Das Nähere zur Durchführung der Maßnahmen sowie die spezifischen Anforderungen an die ärztlichen Dokumentation legt der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien gemäß § 136a SGB V fest.

22.3 Bis zum In-Kraft-Treten der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 136a Nr. 1 i. V. m. § 135a Abs. 2 SGB V bzw. von Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V sind die Ärzte als Voraussetzung zur Erbringung der entsprechenden Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) verpflichtet, an den bestehenden berufsrechtlichen Maßnahmen der Ärztekammern zur Qualitätssicherung gemäß Nr. 4.3 der „Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ der Bundesärztekammer von 1998 teilzunehmen. Die Teilnahme ist in jährlichen Abständen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

### **In-Kraft-Treten**

23. Die Richtlinien treten am 1. Oktober 1990 in Kraft und gelten für alle Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die nach dem 1. Oktober 1990 eingeleitet werden.

### **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.

**Anlage I: Muster-Behandlungsplan\*\***

**Protokollnotiz**

**zum Beschluss des Bundesausschusses vom  
26.02.2002 zur Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI)**

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hält die weitere Betrachtung der Fehlbildungsrate in prospektiven Untersuchungen für erforderlich, da das Fehlbildungsrisiko auf der Basis diskrepanter Studienergebnisse nicht abschließend beurteilt werden kann. Der Bundesausschuss beabsichtigt, seinen Beschluss in einem Zeitraum von drei Jahren zu überprüfen.

---

\*\* vgl. nachfolgende Seite

**Anlage I**  
**Muster 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
--	--

**Behandlungsplan**

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

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

**II. Geplante Behandlungsmaßnahme:**

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

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

.....

**III. Kostenschätzung:**

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

**III a. Kosten für einmalig im Reproduktionsfall anfallende Leistungen:**

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

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

Summe Ärztliche Behandlung (Euro)

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

Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)

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

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

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

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

Ärztliche Behandlung (EBM-Positionen)

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

Summe Ärztliche Behandlung (Euro)

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

Medikamentenkosten (Euro)

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

Sachkosten und Sprechstundenbedarf (Euro)

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

**Gesamtsumme** pro Zyklusfall (Euro)

<b><u>W:</u></b>	<b><u>M:</u></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.

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

Nach § 27a SGB V sind 50 % der entstehenden Kosten (inklusive Medikamentenkosten, siehe Abschnitt III b) 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.

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