

Beschlussbegründung

Die Änderung des § 27a SGB V (GMG) erforderte die Anpassung der Richtlinien über künstliche Befruchtung. Im Rahmen dieser Änderungen war die Erstellung eines Behandlungsplanes notwendig geworden (vgl. §27a Abs.3 SGB V), um den leistungsrechtlichen Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung hinsichtlich der Indikation, der indikationsbezogenen Methode und die anteilig (50%) durch den Versicherten zu leistenden Kosten darzustellen und die Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenkassen des nicht vom Versicherten aufzubringenden Kostenanteils zu dokumentieren.

In der praktischen Anwendung erwies sich das einseitig konzipierte Formblatt als nicht ausreichend, um insbesondere die für den Versicherten entstehenden Kosten, jeweils getrennt für die Frau bzw. den Mann aufzulisten. Zu berücksichtigen war weiterhin die im Falle eines unterschiedlichen Versicherungsverhältnisses getrennt zu dokumentierende Kostenzusage der Krankenkasse des Mannes bzw. der Frau.

Ergänzt wurde das Formblatt weiterhin um einen Passus zur Konkretisierung des Leistungsanspruchs bei bereits erfolgter Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung und um einen Hinweis auf die Gültigkeitsdauer der Genehmigung durch die Krankenkassen bei Änderung der Behandlungsmethode bzw. nach Ablauf einer zeitlichen Frist von einem Jahr.

Berlin, den 15.06.2004

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Dr. jur. R. Hess