

Rund-FAX
an alle BRZ-Mitglieder

Seite 1 von 1

27. Januar 2004

Dr. Th.-es

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ich darf Ihnen wieder neueste Informationen zur Durchführung der Behandlung nach § 27 a SGB V (Künstliche Befruchtung) geben.

Herr Dr. Gass vom Dezernat 3 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat mir mitgeteilt, dass man nun zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen überein gekommen ist, dass der 50 %ige Eigenanteil von den Ärzten einzuziehen ist. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben auf die bereits bestehende und nach ihrer Auffassung bewährte Regelung im Bereich des Zahnersatzes verwiesen.

Noch nicht geklärt ist, welche ärztlichen Leistungen in den Behandlungsplan aufgenommen werden sollen. Hierzu wird z. Z. bei der KBV ein Leistungskatalog erarbeitet, der vor Verabschiedung dem BRZ-Vorstand zur Begutachtung vorgelegt wird. Es bestehen wohl durchaus gute Aussichten, dass zumindest die Beratungsleistungen aus dem Behandlungsplan draußen bleiben, d. h. sie werden zwar extrabudgetär mit festem Punktwert vergütet, die Patienten brauchen aber keinen 50 %igen Eigenanteil zu zahlen. Bzgl. weiterer Regelungen ist es nun dringend erforderlich, dass die IVF-Zentren auf regionaler Ebene mit ihren KVen sprechen. Die Hauptgeschäftsführer der KVen werden sich in dieser Woche zu einer Beratung bei der KBV treffen.

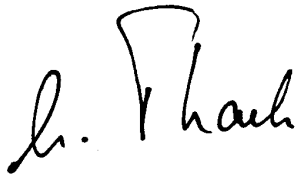
Wie in meinem letzten Schreiben schon mitgeteilt, müssen wir darauf beharren, dass für uns der gleiche Zielbereich als fixer Punktwert angesteuert wird, wie er für das Mammographiescreening empfohlen wurde (4,5 bis 5,11 Cent). Unter Hinweis auf diese Empfehlung zum Mammographiescreening und unsere aufwändigen Leistungen sollten Sie Ihre KVen auffordern, grundsätzlich mit einem Punktwert von 5,11 Cent in die Verhandlungen mit den Kassenverbänden zu gehen. Nach Auffassung einiger KVen muss sogar ein Punktwert von 5,11 Cent vereinbart werden, da ein Eigenanteilverfahren nur auf der Kalkulationsgrundlage des EBM durchgeführt werden kann, und das war ein Punktwert von 10 Pfennig, also 5,11 Cent. Geklärt werden muss wohl auch auf regionaler Ebene, wie der Sprechstundenbedarf (hier die Verordnung der Einmalbiopsiekanülen) gehandhabt werden soll.

Solange Sie keine näheren Anweisungen von Ihrer KV bekommen haben, würde ich Ihnen raten, noch keine neuen Behandlungen zu beginnen, auch wenn bereits durch die Krankenkassen genehmigte Behandlungspläne vorliegen. Dies könnte zu Irritationen führen, da eben nicht bekannt ist, welche Leistungen in den Behandlungsplan rein sollen und eben auch der Punktwert noch nicht vereinbart ist. Fragen Sie deshalb bei Ihrer KV nach, ob Sie auf Grund der vorliegenden genehmigten Behandlungspläne diese Zyklen starten können.

Ein Kompromiss könnte sein, dass man sich in einem solchen Fall, dass ein genehmigter Behandlungsplan vorliegt, von den Patienten unterschreiben lässt, dass diese umfassend und eingehend darüber informiert worden sind, dass sie 50 % der **geschätzten Behandlungskosten** selbst tragen müssen. Eine Rechnungsstellung kann dann aber erst erfolgen, wenn die Ausführungsbestimmungen sowie auch der festgesetzte Punktwert vorliegen. Ich möchte darauf hinweisen, dass dieses Verfahren möglicherweise keine Rechtssicherheit bietet.

Sobald neuere Informationen vorliegen, werden wir Sie sofort wieder unterrichten.

Mit kollegialen Grüßen



Dr. med. Michael Thaele
- 1. Vorsitzender -