

DURCHFÜHRUNGSEMPFEHLUNG

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 262. Sitzung am 31. August 2011**

**zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß
§ 27a SGB V**

mit Wirkung zum 1. Januar 2012

Zu den bisherigen Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, den damit zusammenhängenden weitergehenden ärztlichen Leistungen sowie den vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses werden durch die in Kraft getretene gesetzliche Verordnung zur Testung von Keimzellspendern im Zusammenhang mit den Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (TPG-Gewebeverordnung) weitere vertraglich vereinbarte Kostenpauschalen aufgenommen. In diesem Zusammenhang wird die Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V in der Fassung vom 1. Januar 2010 (Amtliche Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 9 vom 5. März 2010, Seiten A 406-407) durch diese Durchführungsempfehlung abgelöst.

Der Bewertungsausschuss gibt im Zusammenhang mit der Einführung des Abschnitts 11.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes „Indikationsbezogene molekulargenetische Stufendiagnostik“ im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung folgende Durchführungsempfehlung ab:

- (1) Die unten aufgeführten Maßnahmen der künstlichen Befruchtung sowie die damit zusammenhängenden weitergehenden ärztlichen Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind entsprechend Beschlussteil A Ziffer 1.2 Nr. 11 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu vergüten. Dies sind die Leistungen nach

den Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 11330 bis 11334, 11351, 11352, 11354, 11360, 11361, 11370 bis 11372, 11380, 11390, 11391, 11395, 11396, 11400, 11401, 11403, 11404, 11410 bis 11412, 11420 bis 11422, 11430 bis 11434, 11440 bis 11443, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660 und 32781.

- (2) Die in Absatz 1 genannten Leistungen werden bundeseinheitlich nach Vorgabe der Kassenärztlichen Vereinigung durch den abrechnenden Arzt gekennzeichnet. Der so gekennzeichnete, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung zur Auszahlung gelangende Leistungsbedarf der Leistungen nach Absatz 1, wird im Formblatt 3 mit einem Anteil von 50 v. H. des berechneten Leistungsbedarfs ausgewiesen.

Protokollnotizen:

1. Die Rechnungslegung für die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 11330 bis 11334, 11351, 11352, 11354, 11360, 11361, 11370 bis 11372, 11380, 11390, 11391, 11395, 11396, 11400, 11401, 11403, 11404, 11410 bis 11412, 11420 bis 11422, 11430 bis 11434, 11440 bis 11443, 33043, 33044 und 33090 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400, Ebene 6.
2. Die Rechnungslegung für die Gebührenordnungspositionen 31272, 31503, 31600, 31608, 31609 und 31822 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 401, Ebene 6.
3. Die Rechnungslegung für die Gebührenordnungspositionen 36272, 36503 und 36822 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 463, Ebene 6.
4. Die Rechnungslegung für die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660 und 32781 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400, Ebene 6.