

# Anleitung

## über die Abrechnung „BKK Kinderwunsch“ Verträge ( u40, Zyklus 1-3)

### 1. ABRECHNUNG ÜBER KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG:

Folgende Ziffern werden über den Abrechnungsschein der gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet:

Ziffer	Text
08537	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme
08538	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 08537 bei ambulanter Durchführung
08539	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n), nach Durchführung einer
96116	Punktionsnadeln-/systeme einlumig
96118	Inseminationskatheter
08230	Zuschlag Reproduktionsmedizin
88115	Kennzeichnung von Fällen nach Paragraph 115b SGB V
08510	Erstellung eines Behandlungsplans

**! Bitte die Ziffern 08550, 08555, 08535, 08558 NICHT über die KV abrechnen !**

### 2. ABRECHNUNG ZUZAHUNG FÜR PATIENTEN:

Es muss eine Rechnung erstellt werden, für die 50%Zuzahlung, die nach Erbringung abgerechnet werden kann

#### für IVF:

Ziffer	Text	Faktor
08537	ultraschallgezielte Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme	1,00
08538	Zuschlag zur Gebührenordnung 08537 bei ambulanter Durchführung	1,00
08539	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n) nach Durchführung der GOP 08537	1,00
08535	Stimulationsbehandlung zur IVF,ICSI oder GIFT	1,00
08550	in-vitro-Fertilisation (IVF) inkl. Kultivierung	1,00
08558	Embryo-Transfer	1,00
96116	Kosten f. amb. OP u.a./Anlage 30 Nr.1	1,00
96118	Kosten f. amb.OP u.a./ Anlage 30 Nr. 1	1,00
08540	Gewinnung und Untersuchung des Spermas	1,00
08510	Erstellung eines Behandlungsplans	1,00

#### für ICSI:

Ziffer	Text	Faktor
08537	ultraschallgezielte Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme	1,00
08538	Zuschlag zur Gebührenordnung 08537 bei ambulanter Durchführung	1,00
08539	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n) nach Durchführung der GOP 08537	1,00
08535	Stimulationsbehandlung zur IVF,ICSI oder GIFT	1,00
08555	Extrakorporale Befruchtung mittels ICSI einschl. Kultivierung	1,00
08558	Embryo-Transfer	1,00
96116	Kosten f. amb. OP u.a./Anlage 30 Nr.1	1,00
96118	Kosten f. amb.OP u.a./ Anlage 30 Nr. 1	1,00
08540	Gewinnung und Untersuchung des Spermas	1,00
08510	Erstellung eines Behandlungsplans	1,00

## 3. ABRECHNUNG ÜBER „BKK KINDERWUNSCH“ PROGRAMM:

### 3.1 Neuanlage Patienten

Neuanlage Patient Zentrum Nr. 021 - Kinderwunschzentrum Nürnberg

#### Patientin / Patient

Patienten-Nr. laufend:

Patienten-Nr. intern:

Geschlecht:

Geburtsdatum:  Alter aktuell:

IK Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:  Versicherten-Status:

Titel:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ:

Ort:

Land:

#### Partner

kein Partnereintrag (nur KRYOKREBS)  gleiche Anschrift wie Patientin

Patienten-Nr. intern:

Geschlecht:

Geburtsdatum:  Alter aktuell:

keine teilnehmende KK  privat versichert  andere teilnehmende KK  gleiche KK

IK Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:  Versicherten-Status:

**Auf die Angaben zum Partner kann nur bei KRYOKREBS verzichtet werden!**

Titel:

Name:

Vorname:

### 3.2 Neuanlage Vertrag

Neuanlage Vertrag

#### Vertrag

Patient auswählen:

Vertragsnummer:

Datum Vertrag:

Datum Behandlungsplan:   Behandlungsplan entfällt

Datum Genehmigung:

genehmigte Behandlungsart:

Wechsel Behandlungsart:

Datum Wechsel:

Genehmigung 4. Versuch:

Datum Genehmigung:

Start mit Versuch Nr.:

### 3.3 Abrechnung der Leistung

Abrechnung Leistung

**Abrechnung Vertrag**

Zuerst Patientin + Vertrag auswählen ...

**Abzurechnende Leistung**  
 Datum Transfer / Behandlung   
 Datum Eizellentnahme   
 Kryozyklus   
 Behandlungsart  
 IVF  
 ICSI  
 KRYOKREBS Datum Kryokonservierung   
 Versuch Nr.  1  2  3  4  
 Zuschuß Blastozystenkultur

**Abzurechnende Leistung - Betragsübersicht**  

Betrag Behandlung	
Betrag Kryozyklus	
Betrag Blastozystenkultur	
Betrag Kryokrebs	
Betrag Gesamt	

Abrechnung speichern und freigeben

**Info zum Vertrag** +

Vertragsnummer   
 genehmigte Behandlungsart   
 Behandlung genehmigt zum   
 Wechsel Behandlungsart   
 Wechsel Behandlungsart ab   
 4. Behandlungsversuch genehmigt   
 Startversuch Vertrag

**Bisher abgerechnet**  

	Versuch 1	Versuch 2	Versuch 3	Versuch 4
IVF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kryozyklus	<input type="checkbox"/>			
Blastozysten	<input type="checkbox"/>			
Kryokrebs	<input type="checkbox"/>			

### 3.4 Übersicht Freigabe Abrechnung

Abrechnungen										Einreichungsjahr 2020		Status: • ohne Filter •	
PNr.	PNr. intern	Name	Geb.Tag	VNr.	Einr.-Datum	Beh.-Datum	Abrechnung	Ges.-Betrag	Freigabe	Freigabe-Datum	Abr.-Datum	ZA-Datum	ZE-Datum Zentrum

## 4. VERLÄNGERTE EMBRYONENKULTUR

Es wird eine Rechnung auf Selbstzahlerbasis ausgestellt und zusätzlich im BKK Programm eingetragen.

Ziffer	Text	Faktor
A4873I	verlängerte Embryonenkultur bis zum Blastozystenstadium	1,00

+

#### Abrechnung Vertrag

Zuerst Patientin + Vertrag auswählen ...

**Abzurechnende Leistung**

Datum Transfer / Behandlung

Datum Eizellentnahme

Kryozyklus

Behandlungsart

IVF

ICSI

KRYOKREBS Datum Kryokonservierung

Versuch Nr.  1  2  3  4

Zuschuß Blastozystenkultur

Zusätzlich als Übersicht für Patienten wird ein Zusatzblatt mit beigelegt, der den BKK Anteil und die restliche zu zahlende Summe zeigt.

**! Achtung !**

Embryonenkultur ist nur einmal in der Behandlung über BKK abrechenbar.

## 5. KRYOZYKLUS

Es wird eine Rechnung auf Selbstzahlerbasis ausgestellt und zusätzlich im BKK Programm eingetragen

Datum	Anzahl	Ziffer	Text	Faktor	
20.09.2020		1	Beratung, auch telefonisch	F 1,00	
		410	Sonographie, Organ	F 1,00	(F=re. Adnexe, Follikulometrie)
	3	420	Folgesonographie, Organ max. 3 Organe, je Organ	F 1,00	(F=Adnexe li., Uterus, Endometrium)
		403	Sonographie, Transkavitärschlag	F 1,00	
22.09.2020		250	Blutentnahme, Vene	F 1,00	
		4039	Östradiol	F 1,00	
		4040	Progesteron	F 1,00	
		AK4873	Auftauen und Weiterkultivieren von Embryonen	F 1,00	
		1075	Vaginale Behandlung	F 1,00	
		7	Untersuchung, Organsystem Haut / Brust / Bauch / Bewegungsorgane	F 1,00	
		321	Gänge/Fisteln, Sonde/Katheter	F 1,00	
		1096	Gebärmutterhalsweiterung, Dehnung	F 1,00	
	2	AK4852	Beurteilung Embryonen	F 1,00	
		AK1114	Transfer Embryonen	F 2,30	(EUR=49,90)


+

## Abrechnung Leistung

### Abrechnung Vertrag

Zuerst Patientin + Vertrag auswählen ...

#### Abzurechnende Leistung

Datum Transfer / Behandlung ⓘ TT.MM.JJJJ  
 Datum Eizellentnahme ⓘ TT.MM.JJJJ  
 Kryozyklus   
 Behandlungsart  
 IVF  
 ICSI  
 KRYOKREBS Datum Kryokonservierung TT.MM.JJJJ  
 Versuch Nr.   1  2  3  4

Zusätzlich als Übersicht für Patienten wird ein Zusatzblatt mit beigelegt, der den BKK Anteil und die restliche zu zahlende Summe zeigt.

**Abrechnung der Leistungen bzgl. Ihrer Teilnahme am Programm  
„BKK Kinderwunsch“**

Bitte geben Sie bei Ihrer Zahlung folgende Daten im Verwendungszweck an:

Rechnungsdatum : \_\_\_\_\_

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r Frau \_\_\_\_\_ ,

im Rahmen Ihrer Teilnahme am Programm BKK Kinderwunsch sind folgende Leistungen durchgeführt worden.

Durchgeführte Leistung am	Leistungsbezeichnung	Gesamtkosten in Euro	BKK Anteil in Euro	Ihr Anteil in Euro
	<u>Kryozyklus</u>		350 Euro	

Bitte überweisen Sie Ihren Anteil in Höhe von \_\_\_\_ Euro innerhalb 14 Tagen an folgende Bankverbindung:

**! Achtung !**

**Ein Kryozyklus ist nur einmal über BKK abrechenbar.**