

## An die Krankenkasse

Patientenname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Versich.Nr.:

## Antrag auf Kostenübernahme einer

- epiduralen Therapie
- periradikulären Therapie
- Facettentherapie

Bonn, den

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Frau / Herrn \_\_\_\_\_ soll mit ärztlicher Überweisung eine CT-gesteuerte Schmerztherapie an der Wirbelsäule durchgeführt werden.

Schmerzursächliche Veränderungen sind schnittbildtechnisch nachgewiesen worden. Da die CT-gesteuerte Schmerztherapie aber nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach §87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 290. Sitzung zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 01.04.2013 nur noch dann mit der neuen EBM-Ziffer 34504 vom Radiologen abgerechnet werden kann, wenn die Zuweisung durch einen spezialisierten Schmerztherapeuten erfolgt und es sich um eine **Facettentherapie** oder eine **periradikuläre Injektion** mit Volon® A handelt (*also keine epidurale Injektion*) und diese Bedingungen im gegebenen Falle nicht erfüllt sind, beantragen wir hiermit die Übernahme der Kosten als Einzelerstattung durch ihre Krankenkasse. Wir halten die Therapiemaßnahme im hier vorliegenden Fall für sinnvoll und erfolgsversprechend.

Die CT-gesteuerte schmerztherapeutische Maßnahme kann zur Verkürzung der schmerzhaften Erkrankung und der Arbeitsunfähigkeit beitragen.

Den schriftlichen Bericht zu der durchgeführten Therapiemaßnahme mit Angabe der Diagnose und Begründung des therapeutischen Vorgehens legen wir als Anlage bei. Falls Fragen zur Indikationsstellung bestehen, sind wir gerne bereit, darüber telefonisch Auskunft zu geben.

Wieviele Therapiesitzungen (max. 5 Sitzungen) notwendig sein werden, richtet sich streng nach den individuellen Beschwerden des Patienten.

Wir berechnen die CT-Schmerztherapie mit dem 1,2-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Folgende Gebührensätze werden bei dieser Therapie in der Regel angesetzt:

Anzahl	GOÄ Ziffer	Untersuchung	Faktor	Betrag
1	1	Beratung	1,2	5,60 €
1	75	Befundmitteilung	1,2	9,09 €
1 – 5	255 *	Injektion i.a.	1,2	je 6,64 €
1 – 5	301 *	Punktion Wirbelgelenk	1,2	je 11,19 €
1	5378	CT unter interventionellen Maßnahmen	1,2	69,94 €
1 – 5	Material *	Einmal-Kanüle	Stück	je 0,10 €
1 – 4	Material *	Volon® A 10 bzw. Volon® A 40	1 Ampulle	je 4,55 € / 10,05 €
1	Material	Naropin	1 Ampulle	5,08 €
1	Material	Solutrast	1 Ampulle	9,88 €
1 – 2	Material *	Scandicain	1 Ampulle	je 1,81 €
1	Material	Porto	Stück	0,62 €

\* Ziffer / Material mehrfach abrechenbar gemäß persönlicher Behandlung

Falls Sie mit einer Kostenerstattung der Therapie einverstanden sind, bitten wir Sie, Ihrem Versicherten schriftlich Ihre Zusage der Kostenübernahme zu bescheinigen.

Ansonsten bitten wir Sie Ihre Ablehnung mit einer Begründung Ihrem Versicherten schriftlich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich zum Wohle der Patientin / des Patienten für die Übernahme der Kosten der CT-gesteuerten Schmerztherapie entscheiden.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des durchführenden Arztes

---

## **Bestätigung**

Hiermit bestätigen wir, dass die Kosten für die CT-gesteuerte Schmerztherapie für Frau / Herrn \_\_\_\_\_ von uns nach Rechnungstellung an die Krankenkasse direkt an die **Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin in der Kaiser-Passage**, Kaiserstr. 19-21, 53113 Bonn erstattet werden.

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Stempel der Krankenkasse