

FAQ-Liste

zur Abrechnung nach der Onkologie-Vereinbarung

Anpassung zum 1. Januar 2020 | Neue Definition „medikamentöse Tumorthherapie“

Kostenpauschalen

- 86510 | Behandlung florider Hämoblastosen.
- 86512 | Behandlung solider Tumore

Nicht von der Definition betroffen sind die Kostenpauschalen 86510 und 86512 da sie den Begriff medikamentöse Tumorthherapie nicht enthalten. Ebenso bezieht sich die Definition nicht auf die durchschnittlichen Mindestpatientenzahlen im Quartal (§ 3 Absatz 4), obwohl dort der Begriff medikamentöse Tumorthherapie ebenfalls verwendet wird.

Zuschläge:

- 86514 | Zuschlag für die intrakavitär applizierte medikamentöse Tumorthherapie
- 86516 | Zuschlag für die intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie
- 86520 | Zuschlag für die orale medikamentöse Tumorthherapie

Auszug aus der Onkologie-Vereinbarung !!!

„Die medikamentöse Tumorthherapie im Sinne der Kostenpauschalen 86514, 86516 und 86520 umfasst neben unspezifisch zytostatisch wirksamen Medikamenten auch neue Medikamente, die z. B. gezielt bestimmte Stoffwechselschritte blockieren, die für das Tumorzellwachstum wichtig sind oder Mechanismen auslösen, die Tumorzellen immunologisch angreifbar machen. Die medikamentöse Tumorthherapie im Sinne der Kostenpauschalen 86514, 86516 und 86520 umfasst nicht Therapien mit ausschließlich hormonell bzw. antihormonell wirksamen Medikamenten (ATC-Klasse L02-Endokrine Therapie).“

FAQ's

Ist der Ansatz der Kostenpauschale in folgenden Beispielen gerechtfertigt:

- **bei Patienten mit Prostatakarzinom, die radikal operiert wurden?**
Nein, es handelt sich hierbei um einen Nachsorgepatienten.
- **bei nicht operiertem Prostatakarzinom unter Angabe der Therapieform? Ja.**
- **unter Behandlung eines Tumors durch Strahlentherapie? Ja.**
- **86512E (nach der Zusatzvereinbarung zur Onkologie-Vereinbarung) zusätzlich die Zusatzpauschale 26315 bis 2 Jahre nach Therapie beispielsweise bei Überwachung?**
Grundsätzlich ja, jedoch nicht mehr in der Nachsorgephase. Hier darf dann nur noch die 26315 angesetzt werden.
- **bei Patienten, bei denen die aktive Überwachung nicht mehr ausreichend ist und eine erneute Histologie und bei einem PSA-Anstieg eine Therapie erforderlich machen (zum Beispiel Strahlentherapie, zusätzlich LHRH etc.)? Ja.**

▪ **im und auch ein Quartal nach kurativer Tumorthherapie?**

Ja. Sofern bei einem Patienten eine gesicherte Tumorerkrankung gemäß § 1 Abs. 2 vorliegt, sind für dessen Betreuung nach Maßgabe der Onkologie-Vereinbarung die Kostenpauschalen gemäß Anhang 2, Teil A berechnungsfähig. Dies kann – sofern nicht weiterhin die Notwendigkeit einer tumorspezifischen Therapie besteht – aus unserer Sicht längstens für ein bis zwei Quartale nach Beendigung der Primärtherapie bzw. Komplettresektion eines Tumors bestehen. Die in der Regel daran anschließende Nachsorge wird aus unserer Sicht durch das Zusatzkennzeichen „Z“ (Zustand nach) dargestellt. (Antwort der KBV vom 2. Februar 2016)

▪ **auch unter Gabe einer oralen Therapie des Nierenzellkarzinoms?**

Ja. Das Nierenzellkarzinom (C64) zählt zu den im § 1 Abs. 2 a genannten malignen soliden Tumoren. Dementsprechend kann für die orale tumorspezifische Behandlung des Patienten die Kostenpauschale 86512 „Behandlung solider Tumore entsprechend § 1 Abs. 2 a-c [...]“ berechnet werden.

(Antwort der KBV vom 2. Februar 2016)

▪ **bei alleiniger Gabe von Bicalutamid?**

Ja. Bicalutamid ist ein Wirkstoff zur oralen Behandlung eines Prostatakarzinoms und ist im ATC-Klassifikationssystem wie folgt verortet: L „Antineoplastische und immunmodellierende Substanz“ / L02 „endokrine Therapie“ / L02B „Hormonantagonisten und verwandte Mittel“ / L02BB „Antiandrogene“. Unter Beachtung der Ausführung unter (1) wäre patientenindividuell zu prüfen, ob die Gabe von Bicalutamid zur tumorspezifischen Therapie angewendet wird oder Bestandteil der Nachsorge ist.

(Antwort der KBV vom 2. Februar 2016)

▪ **bei sogenannter intermittierender Behandlung?**

In der aktuellen S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms wird der Begriff „intermittierend“ in Verbindung mit verschiedenen Verfahren angewendet. Zur Klarstellung, auf welche konkrete intermittierende Behandlung sich die Aussage des Bund Deutscher Urologen bezieht, bitten wir für eine Stellungnahme zur Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschale 86512 um weiterführende Informationen.

(Antwort der KBV vom 2. Februar 2016)

▪ **bei komplett reseziertem Magen-CA, der Patient hat jedoch nach der Operation erhebliche Magenentleerungsstörungen, Verdauungsprobleme etc. und wird auf die Folgeerkrankungen behandelt?**

Nein, das Magen-CA wurde komplett reseziert (komplette Tumorremission). Der Patient befindet sich somit in der Nachsorge. Gemäß § 1 Absatz 1 der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ wird die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Nachsorge bei behandelten Patienten, die krebserkrankt waren, durch die Vereinbarung nicht geregelt. Die daraus entstandenen Begleit- und Folgeerkrankungen rechtfertigen keinen weiteren Ansatz der Kostenpauschalen. Diesbezüglich wurde auf den § 4 „Ärztliche Behandlung“ verwiesen, jedoch umfasst dieser ausschließlich die aktive Tumorthherapie.

▪ **bei einer Tumorentfernung, jedoch nicht alle befallenen Lymphknoten?**

Ja, es handelt sich weiterhin um einen Tumorpatienten (Ausnahmetatbestand). Hier ist weiterhin eine aktive Verlaufskontrolle notwendig.