

Anlage 5

Abrechnungsvoraussetzungen und Vergütung

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V i.V.m. § 83 SGB V für die Diagnose Brustkrebs

Definition der abrechnungsberechtigten Ärzte

Zur Abrechnung berechtigt als koordinierende Ärzte sind Ärzte nach § 3 des Hauptvertrages

Abrechnungsgrundsätze

- a. Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen ist eine gültige Einschreibung der Versicherten gemäß § 12 in das strukturierte Behandlungsprogramm Brustkrebs. Für die Abrechnung der GOP 99784A sind die Voraussetzungen gemäß § 12 des Vertrages zu erfüllen.
- b. Dokumentationsleistungen werden nur vergütet, wenn die Dokumentation unter Beachtung der bei elektronischer Übermittlung geltenden akkreditierten Verfahrensvorgaben vollständig, fristgemäß und plausibel und die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung der Versicherten gemäß § 12 des Hauptvertrages übermittelt wurden.
- c. Ggf. in Zusammenhang mit Dokumentationsleistungen anfallende Porto- und Versandkosten sind mit den u.g. Vergütungen abgegolten.
- d. Vor der Erstellung einer Dokumentation klärt der Arzt bei der Patientin durch Nachfragen ab, ob sich die Patientin bereits bei einem anderen Arzt eingeschrieben hat. § 12 des Hauptvertrages gilt entsprechend.
- e. Mit den u.g. Vergütungen sowie den in Abrechnung zu bringenden EBM-Leistungen sind alle medizinischen oder nicht medizinischen Maßnahmen im Rahmen der Behandlung von Brustkrebs abgegolten. Weitere Kosten können den Krankenkassen und der Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.
- f. Wurde vom koordinierenden Arzt „halbjährig oder häufiger“ als Dokumentationsintervall auf der Erstdokumentation bzw. der Folgedokumentation angegeben, wird je Patientin und Quartal höchstens eine Folgedokumentation vergütet. Wenn vom koordinierenden Arzt „jährlich“ als Dokumentationsintervall angegeben wurde, wird je Patientin und Jahr höchstens eine Folgedokumentation vergütet.
- g. Die Dokumentation erfolgt gemäß Nr. 1.5 Anlage 3 DMP-A-RL bei Patientinnen mit Einschreibung aufgrund eines Primärtumors, eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses innerhalb der ersten fünf Jahre nach histologischer Sicherung in der Regel mindestens jedes zweite Quartal. Tritt innerhalb dieses Zeitraumes kein neues Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) auf, erfolgt die Dokumentation ab dem sechsten Jahr in der Regel mindestens jedes vierte Quartal. Bei Auftreten eines neuen Ereignisses erfolgt die Dokumentation innerhalb der nachfolgenden fünf Jahre nach histologischer Sicherung des neu auftretenden Ereignisses in der Regel mindestens jedes zweite Quartal. Abweichend davon werden Patientinnen mit Fernmetastasen in der Regel mindestens jedes zweite Quartal dokumentiert.
- h. Die Nachsorge findet gemäß Nr. 1.5 Anlage 3 DMP-A-RL in der Regel in den ersten drei Jahren vierteljährlich, sowie im vierten und fünften Jahr halbjährlich, danach jährlich statt.

- i. Wird aufgrund eines auftretenden Ereignisses eine zweite Folgedokumentation in einem Quartal erstellt, wird diese nur dann vergütet, wenn diese vollständig, plausibel und fristgerecht in der DMP-Datenstelle vorliegt und mindestens in den Feldern 15, 16 oder 17 der Folgedokumentation nach Anlage 4 der DMP-A-RL eine inhaltliche Änderung zwischen den beiden Dokumentationen vorliegt und in den genannten Feldern ein Datum eingetragen wird, das in dem Quartal liegt, für das die Dokumentation erstellt wird.

Nr.	Leistungsinhalt	Abrechnungsbetrag	GOP
1.	Ausführliche Beratung und Information der Patientin, Einschreibung, Erstellung der Erstdokumentation gemäß des Datensatzes der Anlage 4 der DMP-A-RL sowie Versand (einschließlich Porto) der Unterlagen an die Datenstelle durch den betreuenden Arzt; Vergütung erfolgt bei Vorliegen vollständiger, fristgerechter und plausibler Dokumentation	25,- Euro	99784A
2.	Erstellung der Folgedokumentation gemäß des Datensatzes der Anlage 4 der DMP-A-RL sowie Versand (einschließlich Porto) an die Datenstelle durch den betreuenden Arzt; Vergütung erfolgt bei Vorliegen vollständiger, fristgerechter und plausibler Dokumentation	15,- Euro	99784B
3.	Symptomorientierte Beratung durch den betreuenden Arzt, ca. 15 Minuten, einmal im Dokumentationszeitraum, Inhalt des Gespräches gemäß Anlage 7	16,50 Euro Ab 01.01.2026: 17,50 Euro	99784C
4.	Gespräch zur weiterführenden Therapieplanung und Nachsorge vor der stationären Behandlung, ca. 30 Minuten, einmal im Krankheitsfall; abrechenbar durch den betreuenden Arzt, Inhalt des Gespräches gemäß Anlage 7	33,- Euro Ab 01.01.2026: 35,- Euro	99784D
5.	Gespräch zur weiterführenden Therapieplanung und Nachsorge nach der stationären Behandlung ca. 30 Minuten, einmal im Krankheitsfall, abrechenbar durch den betreuenden Arzt, Inhalt des Gespräches gemäß Anlage 7 Hinweis: ** Die Leistung nach der Ziffer 99784E ist während einer onkologischen Behandlung gemäß Onkologie-Vereinbarung durch den onkologisch verantwortlichen Arzt, der gleichzeitig betreuender DMP-Arzt ist, nicht abrechnungsfähig.	33,- Euro Ab 01.01.2026: 35,- Euro	99784E