

Anpassungen in der Onkologie-Vereinbarung zum 1. Januar 2020

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf verschiedene Anpassungen in der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) zum 1. Januar 2020 geeinigt.

Kostenpauschale 86520 wird gegen 86518 ausgeschlossen

Die zum 1. Januar 2019 neu aufgenommene Kostenpauschale 86520 (orale Tumortherapie) wird im Behandlungsfall gegen die Kostenpauschale 86518 (Palliativversorgung) ausgeschlossen. Diese Änderung erfolgt, da die Berechnung der Kostenpauschale 86518 den Abschluss einer Tumortherapie voraussetzt.

Ersatz des Begriffs „zytostatische Tumortherapie“ durch „medikamentöse Tumortherapie“

Zur Anpassung an den Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik wird in der gesamten Onkologie-Vereinbarung der Begriff „zytostatische Tumortherapie“ durch „medikamentöse Tumortherapie“ ersetzt und eine entsprechende Definition aufgenommen (siehe Paragraph 4). Die medikamentöse Tumortherapie umfasst neben unspezifisch zytostatisch wirksamen Medikamenten auch neue Medikamente, die zum Beispiel gezielt bestimmte Stoffwechselschritte blockieren, die für das Tumorzellwachstum wichtig sind oder Mechanismen auslösen, die Tumorzellen immunologisch angreifbar machen. Gleichzeitig wurde klargestellt, dass Therapien mit ausschließlich hormonell beziehungsweise antihormonell wirksamen Medikamenten (ATC-Klasse L02-Endokrine Therapie, z. B. Tamoxifen) nicht zur medikamentösen Tumortherapie zählen und damit nicht zur Abrechnung der Kostenpauschalen 86514, 86516 und 86520 berechtigen.

Weitere Anpassungen und Fristverlängerungen

- Die Facharztbezeichnungen für die Hämatologen/Onkologen werden an die aktuelle Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer angeglichen. Es wird eine Regelung zum Bestandsschutz der bisherigen Bezeichnungen aufgenommen.
- Die Fristen in Paragraph 6 Absatz 7 und Anhang 1 Satz 3 (EDV-Dokumentation) sowie in den Protokollnotizen zum Anhang 2 (Erstellung einer Medikamentenliste für die Kostenpauschale 86516) werden jeweils um ein weiteres Jahr verlängert. Die Frist in der Protokollnotiz, die eine Überprüfung der Bewertung der Kostenpauschale 86520 bis zum 30. Juni 2020 vorsieht, bleibt bestehen.
- Der Wortlaut „intravenös und/oder intraarteriell“ wird zur Vereinheitlichung in „intravasal“ geändert und klargestellt, dass mit „intravasal“ auch „intravenös“ beziehungsweise „intraarteriell“ gemeint ist.

Bestimmung der durchschnittlichen Patientenzahl (Paragraph 3 Abs. 4)

Die KBV vertritt die Position, dass es für den Nachweis der durchschnittlichen Patientenzahlen je Arzt unerheblich ist, in welchem Versorgungsbereich (ambulant, stationär, ASV) die Behandlung der Patienten erfolgte und welcher Krankenversicherung (GKV, PKV, andere bzw. keine) sie zuzuordnen sind. Dementsprechend sind alle Patienten mit entsprechenden Therapien zur Ermittlung der Patientenzahlen heranzuziehen.

Die überarbeitete Onkologie-Vereinbarung ist auch auf der KVSH-Website unter www.kvsh.de ► **Downloadcenter** ► **Verträge** eingestellt.

TSS-Vermittlungscodes können aufgedruckt werden

Ärzte und Psychotherapeuten können ab sofort einen TSS-Vermittlungscodes auf eine Überweisung beziehungsweise das Formular PTV 11 drucken, statt ihn wie bisher aufzukleben. Beim Ausstellen einer Überweisung im PVS wird der entsprechende Code im Hintergrund elektronisch abgerufen und bei der Formularbedruckung direkt mit aufgedruckt. Neben dem Code wird auch auf die Telefonnummer 116117 sowie den eTerminservice hingewiesen. Für die automatische Bedruckung benötigen Praxen einen KV-Connect-Zugang.