

## Änderungen der Onkologie-Vereinbarung: Neue Abrechnungsvoraussetzungen

Überblick über die häufigsten Beanstandungen bei der Abrechnung nach der neuen Onkologie-Vereinbarung ab 1. Januar 2010

Seit dem 1. Januar 2010 ist die neue Onkologie-Vereinbarung in Kraft.

Es gab nicht nur Veränderungen der Leistungspositionen oder -inhalte, die Vereinbarung regelt auch neue Abrechnungsvoraussetzungen.

Nachdem uns die ersten Abrechnungen nach der neuen Onkologie-Vereinbarung vorliegen, möchten wir Ihnen einen Überblick über die häufigsten Beanstandungen geben:

### 1. Fehlende Angabe von ICD-Codierungen

Die Diagnose der Tumorerkrankung ist unter Angabe des endständigen Kodes gemäß ICD-10-GM anzugeben.

Tumorerkrankungen im Sinne dieser Vereinbarung sind:

- a. alle malignen soliden Tumore (ICD-10-GM: C00 bis C80.-, C97 )
- b. intrakranielle bzw. ZNS-Neubildungen (sowohl gutartige als auch mit unsicherem der unbekanntem Verhalten; ICD-10-GM: D32.-, D33.-, D42.- und D43.-)
- c. bestimmte Tumoren bei Kindern und Jugendlichen (ICD-10-GM: nur familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) und erbliches nicht-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC) D12.6, D30.0, M72.40 bis 72.48)
- d. Neubildung des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung (ICD-10-GM: C81.- bis C96.9, D45.-, D46.0, D46.1, D46.3, D46.4, D46.7, D46.9, D47.0, D47.1, D47.2, D47.3, D47.7; nur Formen der Anämie mit kritischer (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender Störung der Hämatopoese D61.-, nur Idiopathische thrombozytopenische Purpura und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten Thrombozytenwerten; D69.3, D69.4 nur Störungen der Granulozytopoese nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik; D70.-, D71, D72.-)
- e. die Langerhans-Zell-Histiozytose und die Haemophagozytäre Lymphohistiozytose (ICD-10-GM: D76.0 und D76.1)

**? Ohne Angabe einer der aufgeführten ICDs ist die Abrechnung der Pauschalen 86510 - 86518 nicht möglich!**

### 2. Besondere Regelungen

86512 Die Kostenpauschale ist nur unter Angabe der Therapieform abrechnungsfähig.  
Dies ist in der Feldkennung 5009 (Begründungstext) oder 5002 (Art der Untersuchung) anzugeben.

86514 Die Kostenpauschale 86514 ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments  
/Medikamente berechnungsfähig.  
Dies ist in der Feldkennung 5009 (Begründungstext) oder 5011 (Sachkosten-Bezeichnung) anzugeben.

86516 Die Kostenpauschale 86516 ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.  
Dies ist in der Feldkennung 5009 (Begründungstext) oder 5011 (Sachkosten-Bezeichnung) anzugeben.

**? Ohne Angabe der erforderlichen Begründungen ist die Abrechnung der Pauschalen 86512, 86514 oder 86516 nicht möglich!**

### 3. Zuschläge

Bei den Nrn. 86514 bis 86518 handelt es sich um Zuschläge zu den Nrn. 86510 oder 86512.

**? Die alleinige Abrechnung der Nr. 86514 bis 86518 im Behandlungsfall ist nicht möglich.**

### 4. Übersicht der Abrechnungsregelungen gemäß der Onkologie-Vereinbarung

Kostenpauschale	Leistungsinhalt	Max. abrechnungsfähig	Ausschluss neben weiteren Leistungen	Besondere Regelungen
-----------------	-----------------	-----------------------	--------------------------------------	----------------------

86510	Behandlung florider Hämoblastosen entsprechend § 1 Abs. 2 d und e gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten "Onkologie-Vereinbarung"	Einmal je Behandlungsfall	Die Kostenpauschale 86510 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPs 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86512 berechnungsfähig	
86512	Behandlung solider Tumoren entsprechend § 1 Abs. 2 a-c unter tumorspezifischer Therapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten "Onkologie-Vereinbarung"	Einmal je Behandlungsfall	Die Kostenpauschale 86512 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86510 berechnungsfähig.	Die Kostenpauschale 86512 ist nur unter Angabe der Therapieform berechnungsfähig.
86514	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intrakavitäre zytostatische Tumortherapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten "Onkologie-Vereinbarung"	Einmal je Behandlungsfall	Die Kostenpauschale 86514 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig.	Die Kostenpauschale 86514 ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.
86516	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravasale zytostatische Tumortherapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten "Onkologie-Vereinbarung"	Einmal je Behandlungsfall	Die Kostenpauschale 86516 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig.	Die Kostenpauschale 86516 ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.
86518	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten "Onkologie-Vereinbarung" Die Kostenpauschale 86518 ist bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Heilungschance abrechnungsfähig. Obligater Leistungsinhalt: Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung ? Umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und -behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen	Einmal je Behandlungsfall	Die Kostenpauschale 86518 ist im Behandlungsfall nicht neben der Kostenpauschale 86516 berechnungsfähig.	