

Anlage 1 – Leistungsinhalte/Vergütung

Mit Wirkung für das Jahr 2024

Versorgungsebene 1

96500 Behandlung florider Hämoblastosen
ab dem 01.01.2024 17,71 EUR

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96500 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen
nach den Nrn. 96501, 96503 und 96505 berechnungsfähig.

96501 Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie
ab dem 01.01.2024 17,71 EUR

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96501 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen
nach den Nrn. 96500, 96503 und 96505 berechnungsfähig:
Die Leistung nach der Nr. 96501 ist nur unter Angabe einer der folgenden Thera-
pieformen (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig:

Endokrine Therapie	ET
Bisphosphonattherapie sowie Antikörpertherapie bei Knochenmetastasen	BIS
Interferontherapie	INF
Interleukintherapie	IL
Parenterale Therapie bei Tumorkachexie (keine enterale Zusatznahrung)	PAR
Betreuung bei Radatio	RAD
Tumorschmerztherapie WHO III	WHOIII
Transfusionspflichtige Tumoranämie	TRA
Planung/ perioperative Versorgung bei Tumor-OP	OP
Aktive Überwachung bei florider Tumorerkrankung (längstens 5 Jahre nach Beginn der Erkrankung oder nach Beendigung der letzten antineoplastischen Tumortherapie, unter entsprechender Angabe von Quartal/Jahr)	AÜ
Intrakavitäre Tumortherapie	ITT.

96502 Intrakavitäre medikamentöse Tumorthherapie
ab dem 01.01.2024 23,43 EUR

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96502 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 96503, 96505 und 96509 berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96502 ist nur unter Angabe des verwendeten Medikaments¹⁾ (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.

96507 Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusions- bzw. -injektionstherapie
ab dem 01.01.2024 12,01 EUR

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96507 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 96508 berechnungsfähig.

96508 Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie
ab 2 Stunden
ab dem 01.01.2024 29,71 EUR

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96508 ist von Fachärzten für Urologie off label use, unter Angabe „Kiefernekrosen“ (Angabe FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96508 ist nur berechnungsfähig bei Anwendung von Chlodron- oder Pamidronsäure.
Die Leistung nach der Nr. 96508 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 96507 berechnungsfähig.

Die Kostenpauschalen können nur von einem onkologisch verantwortlichen Arzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z. B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung).
Abweichend von Satz 1 können die Kostenpauschalen 96500, 96501, 96502 bei Vorliegen voneinander unabhängiger Tumorerkrankungen mehrfach abgerechnet werden, sofern die behandelnden Ärzte nicht der gleichen Facharztgruppe gemäß EBM-Kapitel bzw. bei Fachärzten für Innere Medizin dem gleichen EBM-Abschnitt des Schwerpunktes angehören.

Versorgungsebene 2

96503 Subkutane, intravasale und intramuskuläre zytostatische Tumortherapie
ab dem 01.01.2024 187,38 EUR

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96503 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 96500, 96501, 96502, 96505 und 96509 berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96503 ist nur unter Angabe des verwendeten Medikaments¹⁾ (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.

96504 Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder genetisch oder histologisch/ zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung (entsprechend Leistungslegende der GOP 13500 EBM) und/oder bei intensiver, aplasieinduzierender und/oder toxisitätsadaptierten antiproliferativen Behandlung (entsprechend Leistungslegende der GOP 13502 EBM)
ab dem 01.01.2024 17,71 EUR

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.
Bei Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/ zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung und bei intensiver, aplasieinduzierender und/oder toxisitätsadaptierten antiproliferativen Behandlung ist die Leistungen nach der Nr. 96504 zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96504 ist nur von onkologisch tätigen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fachärzten für Urologie und Fachärzten gemäß § 4 Pkt. 3a (5) berechnungsfähig.

96505 Orale medikamentöse Tumortherapien
ab dem 01.01.2024 91,86 €EUR

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96505 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 96500, 96501, 96502, 96503 und 96509 berechnungsfähig.
Die Leistung nach der Nr. 96505 ist nur unter Angabe des verwendeten Medikaments²⁾ (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.

96506 Gabe von Bluttransfusionen oder Apheresethrombozytenkonzentraten
ab dem 01.01.2024 50,00 EUR

Einmal je Behandlungstag berechnungsfähig.

96506A Gabe von Poolthrombozytenkonzentraten
ab dem 01.01.2024 75,00 EUR

Einmal je Behandlungstag berechnungsfähig.

96509 Palliativversorgung von Tumorpatienten
ab dem 01.01.2024 187,38 EUR

Einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 96509 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 96502, 96503 und 96505 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 96509 ist bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Tumortherapie oder Strahlentherapie bzw. nach erfolgter Operation eines Patienten ohne Heilungschance abrechnungsfähig.

Obligater Leistungsinhalt:

- Durchführung eines palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung,
- Umfassende Behandlung zur Systemkontrolle und -behandlung und
- psychosoziale Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen.

¹⁾ Das verwendete Medikament muss in der Liste parenteraler antineoplastischer Wirkstoffe enthalten sein, Ausnahmen: BCG und Eculizumab.

²⁾ Das verwendete Medikament muss in der Liste oraler antineoplastischer Wirkstoffe enthalten sein. Ausnahme: T-rezeptpflichtige Substanzen, Abirateron, Enzalutamid, Apalutamid und Darolutamid.

Anmerkung:

Die Wirkstoffliste wurde zur Vereinfachung zur Überführung neuer Substanzen dem ATC- Code L01 zugeordnet. Mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung werden durch die KV Sachsen zukünftig 2 L01, L02 und L04 -Listen mit quartalsweiser Aktualisierung geführt, und zwar jeweils eine für die parenteralen und eine für die oralen Zytostatika.

Neuaufnahmen in die Wirkstoffliste können von der Onkologiekommission vorgenommen werden, sofern es sich hierbei um Wirkstoffe der ATC-Gruppe L01 handelt. Sofern Wirkstoffe außerhalb der ATC-Gruppe L01 aufgenommen werden sollen, erfolgt hierzu eine Abstimmung nach § 11 Nr. 2f.

Bei Neueinstellungen und Umstellungen sollen vorrangig Biosimilars verordnet werden. Abweichungen sind nachvollziehbar und patientenindividuell zu dokumentieren.