

## **Anlage 11 „Vergütung und Abrechnung“**

zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Brustkrebs zwischen der AOK Sachsen-Anhalt, der IKK gesund plus, der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt in der Fassung vom 01.10.2018

**Vereinbarung**  
**zwischen**  
**der AOK Sachsen-Anhalt,**  
**der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus,**  
**der IKK gesund plus**  
**und**  
**der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt**  
**über die Vergütung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms**  
**Brustkrebs**

Diese Vereinbarung ersetzt die Regelungen der bisherigen Anlage 11 „Vergütung und Abrechnung“ vom 01.04.2007 in der jeweils aktuellsten Fassung zum 01.10.2018.

**Abschnitt I**  
**§ 1**

**Vertragsärztliche Leistungen**

- (1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und sind mit der in der Gesamtvergütungsvereinbarung mit der KVSA abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.
- (2) Die Vertragspartner beobachten die Entwicklung der Leistungsmengen und der Kosten in der vertragsärztlichen Versorgung der eingeschriebenen Versicherten mit der Diagnose Brustkrebs einschließlich der veranlassten Leistungen und berücksichtigen diese bei den Vertragsverhandlungen nach den § 83 bis § 85 SGB V.

## § 2

### Einschreibung und Dokumentation

- (1) Für die vollständigen Dokumentationen gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Dokumentation für Versicherte nach dieser Vereinbarung werden folgende Vergütungen vereinbart:

Einschreibung nach histologischen Erstbefund / Rezidiv vor OP:  Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Ärzte nach § 3:	<b>Euro</b>  <b>22,50</b>	<b>Gop</b>  <b>96219A</b>
Vervollständigung der Erstdokumentation nach OP:	<b>Euro</b>  <b>22,50</b>	<b>Gop</b>  <b>96219B</b>

oder

Einschreibung einer bereits operierten Patientin bzw. bei nicht indizierter Operation:  Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Ärzte nach § 3:	<b>Euro</b>  <b>40,00</b>	<b>Gop</b>  <b>96219C</b>
--	---------------------------------	---------------------------------

Die Beratungsgespräche werden wie folgt vergütet:

<b>Gespräch</b> (einmal je Krankheitsfall) zeitnah <b>vor der stationären Aufnahme und nach histologischer Sicherung</b> der Diagnose (Dauer ca. 30 Minuten)	<b>Euro</b>  <b>30,00</b>	<b>Gop</b>  <b>96218A</b>
<b>Gespräch</b> (einmal je Krankheitsfall) <b>nach der stationären Behandlung</b> (Dauer ca. 30 Minuten)	<b>Euro</b>  <b>30,00</b>	<b>Gop</b>  <b>96218B</b>

<b>Begleitgespräch</b> (einmal je Quartal) <b>ohne Folgedokumentation</b> (Dauer ca. 15 Minuten)	<b>Euro</b>  <b>12,50</b>	<b>Gop</b>  <b>96218C</b>
--	---------------------------------	---------------------------------

oder

<b>Begleitgespräch</b> (Dauer ca. 15 Minuten) einschließlich Erstellung und Versand der Folgedokumentation; Dokumentationszeitraum unter Beachtung der Nummer 1.5 der Anlage 3 der DMP-A-RL	<b>Euro</b>  <b>37,50</b>	<b>Gop</b>  <b>96218D</b>
---	---------------------------------	---------------------------------

- (2) Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (3) Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal je Arzt einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen unter Angabe der Versichertennummer und übermittelt das Ergebnis der KVSA nach Ablauf des Korrekturzeitraums des Dokumentationsquartals. Die Krankenkasse erhält von der Datenstelle die Anzahl der vertragskonformen und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen. Dieser Nachweis ist allein maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse an die KVSA.
- (4) Die Krankenkasse erhält für jedes Quartal von der KVSA einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen.

## **Abschnitt II**

### **§ 3**

#### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Diese Anlage tritt zum 01.10.2018 in Kraft und löst die vorhergehenden Regelungen ab. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden.
- (2) Unabhängig von einer separaten Kündigung endet die Gültigkeit dieser Anlage mit der Kündigung des „Vertrages vom 01.11.2005“ in der jeweils aktuellen Fassung.
- (3) Sie kann bei einem wichtigen Grund, der die Geschäftsgrundlage dieser Vereinbarung berührt, insbesondere bei Wegfall der RSA-Anbindung der strukturierten Behandlungsprogramme oder bei Wegfall der Zulassung des Programms durch das BVA oder durch Änderungen der RSAV, der Richtlinien des G-BA oder des SGB V, von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

**Unterschriftsseite**

**zur Anlage 11 „Vergütung und Abrechnung“ der Anpassung der Vereinbarung zwischen der AOK-Sachsen-Anhalt, der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus, der IKK gesund plus und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt über die Vergütung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs in der Fassung vom 01.10.2018**

Magdeburg,

---

Kassenärztliche Vereinigung  
Sachsen-Anhalt

---

AOK Sachsen-Anhalt

---

KNAPPSCHAFT  
Regionaldirektion Cottbus

---

IKK gesund plus