

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020

TEIL A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2021

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

2. Regelungshintergrund

Mit dem vorliegenden Beschluss Teil A setzt der Bewertungsausschuss die Vorgabe gemäß lfd. Nr. 2 des Beschluss Teil E der 455. Sitzung des Bewertungsausschusses vom 11. Dezember 2019 zur Änderung des EBM um. Die Weiterentwicklung erfolgt zum Umstellungszeitpunkt punktsummen- und ausgabenneutral. Aufgrund der Komplexität der Anpassung des EBM an den aktuellen Stand von medizinischer Wissenschaft und Technik im Bereich der Strahlentherapie wurden im Rahmen des Beschlusses der 455. Sitzung des Bewertungsausschusses weder strukturelle Änderungen im Kapitel 25 vorgenommen noch die betriebswirtschaftliche Basis der Kalkulation aktualisiert.

3. Regelungsinhalt

Vor dem Hintergrund der medizinisch-technischen Weiterentwicklung strahlentherapeutischer Leistungen erfährt das Kapitel 25 im Rahmen der Neufassung eine grundlegende strukturelle und kalkulatorische Überarbeitung der einzelnen Leistungen und bezüglich eines sachgerechten Verhältnisses der Leistungen zueinander. Die leistungsbezogenen Kostenpauschalen der Strahlentherapie (Abschnitt 40.15) werden gestrichen und die Kosten auf die Leistungen des Kapitels 25 umgelegt.

Zu Änderung Nr. 1

Gemäß Nr. 2 der Präambel 25.1 EBM waren für Strahlentherapeuten bisher ausschließlich die Leistungen für die substitutionsgestützte Behandlung nach den

Gebührenordnungspositionen (GOP) 01949, 01950, 01953 und 01955 EBM berechnungsfähig. Zur Vervollständigung des Leistungsumfangs und zur Angleichung an diejenigen Fachgruppen, die Substitutionsleistungen berechnen dürfen, werden die Zuschläge für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember (GOP 01951) sowie das therapeutische Gespräch (GOP 01952) in der Nr. 2 der Präambel 25.1 EBM ergänzt.

Zu Änderung Nr. 2

Aufgrund der Fortschritte im Bereich der bildgebenden Diagnostik und Therapie sowie verbesserter Applikationsmethoden können Bestrahlungen zielgenau und unter maximaler Schonung des umliegenden Gewebes durchgeführt werden. Diesem Umstand wird durch die Anpassung der Definitionen in Nr. 4 der Präambel 25.1 EBM zur sachgerechten Abbildung strahlentherapeutischer Leistungen Rechnung getragen. Insbesondere die Neudefinition des Zielvolumens, an dem sich die Vergütung orientiert, dient der Angleichung der gebräuchlichen medizinisch-fachlich Definitionen mit den abrechnungstechnischen Vorgaben.

Zu Änderung Nr. 3

In der Nr. 6 der Präambel wird für die Bestrahlung gutartiger Erkrankungen nach der GOP 25316 die Mindestreferenzdosis von bisher 1,5 Gy auf 0,5 Gy abgestuft. Die Festlegung unterschiedlicher Mindestreferenzdosen für die Bestrahlung gut- bzw. bösartiger Erkrankungen stellt den derzeitigen Stand der Wissenschaft dar.

Zu Änderung Nr. 4

Aufgrund der Anpassungen in Nr. 4 der Präambel 25.1 wird in Nr. 7 die Berechnungsfähigkeit des Zielvolumens auf die Bestrahlungsserie bezogen.

Zusätzlich erfolgt die Streichung des Verweises auf die Telegammatechnik, da Telekobaltgeräte in der modernen Strahlentherapie nicht mehr zur Anwendung kommen.

Zu Änderung Nr. 5

Durch die Aufnahme einer neuen Nr. 12 in die Präambel 25.1 wird klargestellt, dass die im Zusammenhang mit den strahlentherapeutischen GOP entstehenden Sachkosten, mit Ausnahme der GOP 40580, nicht gesondert berechnungsfähig, sondern Bestandteil der in Kapitel 25 genannten GOP sind.

Zu Änderungen Nr. 6 und Nr. 7

Die GOP 25210 und 25211 (Konsiliarpauschalen) enthielten bisher im obligaten Leistungsinhalt die Überprüfung der vorliegenden Indikation. Da Bestrahlungsserien quartalsübergreifend andauern können, wird die Überprüfung der vorliegenden Indikation in den fakultativen Leistungsinhalt überführt. Zudem wird der fakultative Leistungsinhalt um die Patientenaufklärung sowie um den ärztlichen Bericht gemäß GOP 01600 und den individuellen Arztbrief gemäß GOP 01601 erweitert. Damit wird die gemäß Nr. 10 der Präambel 25.1 bestehende Regelung, dass der Arztbrief in den GOP des Kapitels 25 enthalten ist, umgesetzt.

Die Ergänzung des obligaten Leistungsinhaltes der 25210 und 25211 um die regelmäßige Verlaufskontrolle des Bestrahlungsverlaufes erfolgt zur Klarstellung, dass die ärztliche Betreuung den gesamten Verlauf der Strahlentherapie umfasst. Die bisher im fakultativen Leistungsinhalt der Konsiliarpauschalen verortete Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung wird gestrichen und als obligater Bestandteil der jeweiligen Bestrahlungsleistung zugeordnet.

Raumfordernde Prozesse des zentralen Nervensystems wurden bisher in der Legendierung der GOP 25211 nicht erfasst, sind jedoch, aufgrund des vergleichbaren Aufwandes für die Bestrahlungsleistung, Bestandteil der entsprechenden therapeutischen GOP 25321. Daher wird die Legende der GOP 25211 um die raumfordernden Prozesse des zentralen Nervensystems ergänzt.

Zu Änderung Nr. 8

Bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern unterliegt die Bestrahlung einer strengen Indikationsstellung, sodass gutartige Erkrankungen faktisch nicht bestrahlt werden. Ausnahmen bilden gutartige Raumforderungen des zentralen Nervensystems, welche über die GOP 25211 abgebildet sind. Daher erfolgt eine Streichung des Zuschlags zur GOP 25210.

Zu Änderung Nr. 9

Analog den Ergänzungen im fakultativen Leistungsinhalt der GOP 25210 und 25211 wird die Konsiliarpauschale (GOP 25214) nach strahlentherapeutischer Behandlung gemäß Strahlenschutzverordnung um die Leistungsinhalte Erstellung des ärztlichen Berichtes gemäß GOP 01600 und des individuellen Arztbriefes gemäß GOP 01601 sowie im Anhang 1 aufgeführte Leistungen ergänzt.

Zu Änderung Nr. 10

Mit den GOP 25216 bis 25218 werden Leistungen und Zuschläge für die Bestrahlung gutartiger Erkrankungen mit dem Linearbeschleuniger neu in den Abschnitt 25.3.2 aufgenommen.

Entsprechend der neuen Bewertungs- und Abrechnungssystematik in Abhängigkeit von der Anzahl der bestrahlten Zielvolumina wird die Bestrahlungsgrundleistung bei gutartigen Erkrankungen für das erste Zielvolumen über die GOP 25316 abgebildet. Zur Abbildung des zeitlichen Mehraufwandes für die Bestrahlung jedes weiteren Zielvolumens wird eine neue Zuschlagsziffer (GOP 25317) aufgenommen.

Die Bestrahlung mit bildgestützter IGRT (Image Guided Radiotherapy) bei gutartigen Tumoren war bislang nicht im EBM abgebildet. Zur Ermöglichung einer Bilddokumentation zur Festlegung des Bestrahlungsfeldes einmal je Bestrahlungsserie wird die GOP 25318 neu in den EBM aufgenommen.

Zu Änderung Nr. 11

Die bisherige GOP 25320 (Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen) wird gestrichen und die Bestrahlungsleistung für gutartige Erkrankungen mit dem Linearbeschleuniger in der GOP 25316 neu abgebildet. Da Telekobaltgeräte in der modernen Strahlentherapie nicht mehr zur Anwendung kommen, entfällt der diesbezügliche Passus.

Zu Änderungen Nr. 12, Nr. 13 und Nr. 14

Die aktuellen Zuschläge nach den GOP 25322 und 25323 werden gestrichen und die Leistungsinhalte in den fakultativen Leistungsinhalt der GOP 25321 (Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems) überführt.

Wie bei den Bestrahlungsleistungen gutartiger Erkrankungen wird auch bei der Bestrahlung von bösartigen Erkrankungen und von raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems die Bewertungs- und Abrechnungssystematik in Abhängigkeit von der Anzahl der bestrahlten Zielvolumina angepasst. Die Bestrahlungsgrundleistung von bösartigen Erkrankungen und von raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems wird für das erste Zielvolumen über die GOP 25321 abgebildet, der zeitliche Mehraufwand für die Bestrahlung jedes weiteren Zielvolumens über die neue GOP 25324 als Zuschlagsziffer zur 25321.

Die bei der Berechnung der Bestrahlungsleistung (GOP 25321) anzugebenden Diagnosen werden entsprechend dem aktuellen medizinischen Wissenstand angepasst.

Bestrahlungen mit Hochpräzisionstechnik (IMRT, fraktionierte Stereotaxie) sowie mit bildgestützter Einstellung (IGRT) waren bisher nicht im EBM abgebildet. Mit der Aufnahme entsprechender Zuschläge zur GOP 25321 werden diese Leistungen neu im EBM abgebildet. Hierfür werden die GOP 25325 zur Bestrahlung in Hochpräzisionstechnik (IMRT, fraktionierte Stereotaxie), die GOP 25326 zur Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung sowie die GOP 25327 für die Kombination beider Techniken neu aufgenommen. Für die Zuschläge nach den GOP 25325 bis 25327 gelten gegenseitige Abrechnungsausschlüsse für den Behandlungstag.

Der neu eingeführte Zuschlag zur GOP 25321 nach der GOP 25328 ist bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy je Bestrahlungssitzung berechnungsfähig.

Zur Abbildung des erhöhten Aufwandes bei der Bestrahlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern wird ein Zuschlag (GOP 25329) zur GOP 25321 eingeführt.

Zu Änderungen Nr. 15, Nr. 16 und Nr. 17

Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts kann auf Simulationen im Rahmen der Bestrahlungsplanung ohne Rechnerunterstützung (GOP 25340) bzw. mit Rechnerunterstützung (GOP 25341) verzichtet werden, sodass die Überführung der Simulation(en) vom obligaten in den fakultativen Leistungsinhalt erfolgt.

Der obligate Leistungsinhalt der GOP 25341 und 25342 wird zur Abbildung der medizinisch-technischen Entwicklungen und damit zur Klarstellung der Leistungsinhalte ergänzt.

Zudem wird in einer neuen ersten Anmerkung zur GOP 25342 klargestellt, dass zur Berechnungsfähigkeit der GOP ein Bestrahlungsplanungs-CT oder -MRT nach der GOP 34360 oder 34460 Voraussetzung ist.

Zu Änderung Nr. 18

Zur Abbildung des erhöhten Aufwandes bei der rechnerunterstützten Hochpräzisionsbestrahlungsplanung (IMRT-Planung) wird ein entsprechender Zuschlag (GOP 25343) eingeführt.

Zu Änderung Nr. 19

Bisher erfolgte die Berechnung der Sachkosten im Zusammenhang mit Leistungen des Kapitels 25 über den Abschnitt 40.15. Im Rahmen der Neufassung des Kapitels 25

erfolgt eine Streichung des Abschnitts 40.15, da Sachkosten im Sinne von Verbrauchsmaterialien in der Strahlentherapie nur noch in geringem Maße vorhanden sind. Die bisher im Abschnitt 40.15 abgebildeten Kosten werden auf die Leistungen des Kapitels 25 umgelegt.

Zur Protokollnotiz

Im Rahmen der Überprüfung der Auswirkungen im Zusammenhang mit der Neufassung des Kapitels 25 wird gemäß Protokollnotiz ein Evaluationskonzept durch das Institut des Bewertungsausschusses bis zum 31. März 2021 entwickelt, welches die Evaluation der Ausgaben- und Punktsummenneutralität der Auswirkungen dieses Beschlusses, beginnend ab dem 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2023, beinhaltet. Sofern die Ausgaben- bzw. Punktsummenneutralität nicht gegeben ist, ist auf Basis der Ergebnisse dieser Evaluation durch den Bewertungsausschuss ein Beschluss zu erforderlichen Anpassungen zu fassen.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil A tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2021 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

TEIL B

zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Neufassung des Kapitels 25 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2021

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Mit Wirkung zum 1. Januar 2021 wird das Kapitel 25 des EBM neugefasst und die Kostenpauschalen 40840 und 40841 des Abschnitts 40.15 des EBM gestrichen.

Die Neufassung des Kapitels 25 des EBM im Zusammenhang mit der Streichung der Kostenpauschalen 40840 und 40841 des Abschnitts 40.15 des EBM führt nicht zu Einsparungen bei anderen Gebührenordnungspositionen (keine Substitution).

Die Leistungen des Kapitels 25 des EBM werden für zwei Jahre innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen finanziert und anschließend wieder in die extrabudgetäre Gesamtvergütung überführt.

Zur Ermittlung der Punktzahlen zur basiswirksamen Erhöhung der morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfe im Jahr 2021 hat der Bewertungsausschuss die Behandlungsbedarfserhöhungen geschätzt, die sich aufgrund der Neufassung des Kapitels 25 des EBM und der Streichung des Abschnitts 40.15 ergeben. Für die Bestimmung der Höhe der KV-spezifischen Anpassungen des Behandlungsbedarfs wurde der Leistungsbedarf der Leistungen des Kapitels 25 der Quartale des Jahres 2019 zugrunde gelegt. Die Leistungsbedarfe der Quartale des Jahres 2019 wurden auf das Jahr 2021 durch zweimalige Anwendung der Mengenentwicklung der Leistungen des Kapitels 25 vom entsprechenden Quartal des Jahres 2018 auf das des Jahres 2019 fortgeschrieben. Zudem wurden die KV-spezifischen Simulationsergebnisse der vorgesehenen Anpassungen im Bereich der Strahlentherapie berücksichtigt. Da die Zusetzung im Jahr 2021 vor der Anwendung der morbiditätsbedingten

Veränderungsraten erfolgt, wurden diese schließlich noch in Höhe des arithmetischen Mittelwertes der vom Bewertungsausschuss empfohlenen Raten herausgerechnet.

Für die Bestimmung der Höhe der KV-spezifischen Anpassung des Behandlungsbedarfs im Jahr 2022 wurde die Fallzahlentwicklung der Leistungen des Kapitels 25 vom entsprechenden Quartal des Jahres 2018 auf das des Jahres 2019 fortgeschrieben. Da die Zusetzung im Jahr 2022 vor der Anwendung der morbiditätsbedingten Veränderungsraten erfolgt, sind diese in Höhe des arithmetischen Mittelwerts der vom Bewertungsausschuss empfohlenen Rate herauszurechnen.

Die Punktzahlen zur basiswirksamen Absenkung der morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfe im Jahr 2023 sind durch die regionalen Gesamtvertragspartner aus den für die Erhöhung verwendeten Punktzahlen zu bestimmen, indem die zwischenzeitlich für die Jahre 2021 und 2022 im jeweiligen KV-Bezirk vereinbarten Morbiditätsstrukturveränderungen sowie die zwischen den Jahren 2021 und 2022 eingetretenen Versichertenzahländerungen zusätzlich berücksichtigt werden.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil B tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2021 in Kraft.