

Erratum

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020 [Amtliche Bekanntmachung auf der Internetseite des Instituts am 17. September 2020 unter <https://institut-ba.de>] bedurfte in Teil B in den lfd. Nrn. 1, 6 und 8 einer klarstellenden Anpassung. Es wird konkretisiert, dass die per Gesetz extrabudgetären Zuschläge auf strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen aufgrund einer Vermittlung durch die Terminservicestelle nach den Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230 EBM nicht in die MGV überführt wurden und weiterhin der EGV zugerechnet werden. Mit Erratum vom 9. Oktober 2020 wurde dies berichtigt.

B E S C H L U S S

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. Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01951 und 01952 in die Nr. 2 der Präambel 25.1 EBM**
 - 2. Änderung der Nr. 4 der Präambel 25.1 EBM**
 - 4. ~~Eine Bestrahlungsfraktion umfasst alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen bzw. Strahleneintrittsfelder. Das Zielvolumen ist definiert als das Körpervolumen, welches ohne Umlagerung des Patienten bzw. ohne Tischverschiebung mit einer anatomisch und physikalisch zweckmäßigen Feldanordnung erfasst und mit einer festgelegten Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann. Das Zielvolumen ist bei benignen und malignen Erkrankungen definiert als das Volumen, in~~**

dem ein definiertes Behandlungsziel (Gesamtdosis) unter Anwendung einer einheitlichen Bestrahlungstechnik und Energiedosis erreicht werden soll. Sollen in räumlich zusammenhängenden, unmittelbar nebeneinanderliegenden oder sich überlappenden Zielvolumina unterschiedliche Energiedosen appliziert werden, so werden entsprechend unterschiedliche klinische Zielvolumina festgelegt. Zielvolumina sind z. B. Primärtumor, Tumorloge, Primärtumorregion, Metastasen oder regionale Lymphabflusswege. Ein Zielvolumen kann auch ein Teilvolumen innerhalb eines größeren Volumens sein (simultan integrierter Boost). Primärtumor bzw. Primärtumorregion und Lymphabflusswege stellen grundsätzlich zwei Zielvolumina dar. Eine Bestrahlungssitzung umfasst eine oder mehrere Bestrahlungen, die in engem zeitlichen Zusammenhang (kleiner sechs Stunden) durchgeführt werden. Eine Bestrahlungsserie umfasst alle Bestrahlungssitzungen der Strahlenbehandlung eines Zielvolumens oder mehrerer onkologisch zusammenhängender Zielvolumina.

3. Änderung der Nr. 6 der Präambel 25.1 EBM

6. Die Gebührenordnungspositionen **25316 25320 und 25321 sind** ist grundsätzlich nur berechnungsfähig bei einer Mindestreferenzdosis von **4,5 0,5 Gy** im Zielvolumen. **Die Gebührenordnungsposition 25321 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig bei einer Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen.** Muss diese Dosis **bei der Gebührenordnungsposition 25316 oder 25321** im Einzelfall unterschritten werden, ist eine Begründung auf dem Behandlungsausweis erforderlich.

4. Änderung der Nr. 7 der Präambel 25.1 EBM

7. Die Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342 sowie die Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 können **grundsätzlich je pro** Zielvolumen **einmal im Behandlungsfall und je Bestrahlungsserie** berechnet werden. Für dasselbe Zielvolumen ist nur eine der Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342 sowie nur eine der Gebührenordnungspositionen 34360 oder 34460 nebeneinander einmal berechnungsfähig. Eine mehrfache Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen allein oder nebeneinander bei der Behandlung desselben Zielvolumens ist nur zulässig, wenn während der Behandlung wesentliche Änderungen der Bestrahlungsplanung durch Umstellung der Technik (Umstellung von Stehfeld- auf Pendeltechnik, ~~von Telegamma auf Beschleunigertechnik,~~ von Photonen- auf Elektronenbestrahlung, Volumenreduktion bei Boostbestrahlung), aus strahlenbiologischen Gründen oder zur Anpassung an das Tumervolumen bei Tumorprogression oder -regression notwendig werden.

5. Aufnahme einer Nr. 12 der Präambel 25.1 EBM

12. Die im Zusammenhang mit den strahlentherapeutischen Gebührenordnungspositionen entstehenden Sachkosten sind mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 40580 nicht gesondert berechnungsfähig, sondern Bestandteil der in Kapitel 25 genannten Gebührenordnungspositionen.

6. Änderung der Gebührenordnungsposition 25210 im Abschnitt 25.2 EBM

25210 Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
~~Überprüfung der vorliegenden Indikation,~~
- **Regelmäßige Verlaufskontrolle des Bestrahlungsverlaufs,**

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
- Situationsentsprechende Untersuchung,
- ~~Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,~~
- **Patientenaufklärung,**
- **Überprüfung der vorliegenden Indikation,**
- **Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,**
- **Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,**
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

286 322 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

7. Änderung der Gebührenordnungsposition 25211 im Abschnitt 25.2 EBM

25211 Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung **oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems**

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
~~Überprüfung der vorliegenden Indikation~~

- **Regelmäßige Verlaufskontrolle des Bestrahlungsverlaufs,**

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
- Situationsentsprechende Untersuchung,
- ~~Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,~~
- **Patientenaufklärung,**
- **Überprüfung der vorliegenden Indikation,**
- **Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,**
- **Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,**
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

624 1041 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25211 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25210 und 25214 berechnungsfähig.

8. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 25213 im Abschnitt 25.2 EBM

25213 Zuschlag zur **den** Gebührenordnungspositionen ~~25210~~ **oder** 25211 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern,

9. Aufnahme eines vierten, fünften und sechsten Spiegelstriches in den fakultativen Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 25214 im Abschnitt 25.2 EBM

- **Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,**
- **Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,**
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

10. Aufnahme von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 25316 bis 25318 in den Abschnitt 25.3.2 EBM

25316 Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen
Obligater Leistungsinhalt

- Bestrahlung mit Linearbeschleuniger,
- Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,
für das erste Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung 405 Punkte
- 25317 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25316 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen,
je weiterem Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung 230 Punkte
- 25318 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25316 für die Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT),
je Bestrahlungsreihe 316 Punkte

11. Streichung der Gebührenordnungsposition 25320 im Abschnitt 25.3.2 EBM

12. Änderung der Gebührenordnungsposition 25321 im Abschnitt 25.3.2 EBM

- 25321 Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder **bei** raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems,
- Obligater Leistungsinhalt**
- Bestrahlung mit Linearbeschleuniger,
- Fakultativer Leistungsinhalt**
- Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern,
 - Bestrahlung in 3-D-Technik,
 - Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,
- ~~je~~ **Fraktion für das erste Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung** **355 811 Punkte**

Die Angabe der Diagnose nach ICD-10-GM ist Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25321.

Die Gebührenordnungsposition 25321 ist nur bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung (ICD-10-Kodes C00-C97 Bösartige Neubildungen, D00-D09 In-situ-Neubildungen) oder mindestens einer der im ~~f~~folgenden genannten gutartigen Neubildungen

berechnungsfähig: D18.02 Hämangiom: intrakraniell, D32.- Gutartige Neubildung der Meningen, D33.- Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems, D35.2 Gutartige Neubildung: Hypophyse, **D35.3 Gutartige Neubildung: Ductus craniopharyngealis**, D35.4 Gutartige Neubildung: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse], D42.- Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Meningen, D43.- Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems, D44.3 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Hypophyse, **D44.4 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Ductus craniopharyngealis**, D44.5 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: ~~der~~ Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse], ~~D44.7 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Glomus aroticum und sonstige Paraganglien~~, G20.- Primäres Parkinson-Syndrom und G50.0 Trigeminusneuralgie.

13. Streichung der Gebührenordnungspositionen 25322 und 25323 im Abschnitt 25.3.2 EBM

14. Aufnahme von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 25324 bis 25329 in den Abschnitt 25.3.2 EBM

25324	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen, je weiterem Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung	287 Punkte
25325	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung in Hochpräzisionstechnik <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Anwendung von intensitätsmodulierter Radiotherapie (IMRT) und/oder - Anwendung von fraktionierter Stereotaxie, je Bestrahlungssitzung	278 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25325 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25326 und 25327 berechnungsfähig.

25326 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT),
je Bestrahlungssitzung 524 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25326 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25325 und 25327 berechnungsfähig.

25327 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung in Hochpräzisionstechnik in Kombination mit bildgestützter Einstellung (IGRT)
Obligater Leistungsinhalt
- Anwendung von intensitätsmodulierter Radiotherapie (IMRT) in Kombination mit IGRT
und/oder
- Anwendung von fraktionierter Stereotaxie in Kombination mit IGRT,
je Bestrahlungssitzung 746 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25327 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25325 und 25326 berechnungsfähig.

25328 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy,
je Bestrahlungssitzung 577 Punkte

25329 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern,
je Bestrahlungssitzung 313 Punkte

15. Streichung des obligaten Leistungsinhaltes und Aufnahme eines fakultativen Leistungsinhaltes zur Gebührenordnungsposition 25340 im Abschnitt 25.3.4 EBM

Obligater Leistungsinhalt

~~— Simulation(en)~~

Fakultativer Leistungsinhalt

- Simulation(en)

16. Änderung des obligaten Leistungsinhaltes und Aufnahme eines fakultativen Leistungsinhaltes zur Gebührenordnungsposition 25341 im Abschnitt 25.3.4 EBM

Obligater Leistungsinhalt

~~— Simulation(en)~~

- Ärztliche Definition der Zielvolumina und der Risikobereiche,
- Physikalische Bestrahlungsplanung,
- Autorisierung des Bestrahlungsplans

Fakultativer Leistungsinhalt

- Simulation(en)

17. Änderung der Gebührenordnungsposition 25342 im Abschnitt 25.3.4 EBM

25342 Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung für irreguläre Felder mit individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren Feldern und/oder 3-D-Planung

Obligater Leistungsinhalt

~~— Simulation(en)~~

- Ärztliche Definition der Zielvolumina und der Risikobereiche,
- Physikalische Bestrahlungsplanung,
- Autorisierung des Bestrahlungsplans

Fakultativer Leistungsinhalt

- Simulation(en)

2497 4744 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25342 setzt das Vorliegen eines Bestrahlungsplanungs-CT oder -MRT nach der Gebührenordnungsposition 34360 oder 34460 voraus.

Die Gebührenordnungsposition 25342 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25340 und 25341 berechnungsfähig.

18. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 25343 in den Abschnitt 25.3.4 EBM

25343 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition
 25342 für die rechnerunterstützte
 Hochpräzisionsbestrahlungsplanung (IMRT
 und/oder fraktionierte Stereotaxie),
 je Bestrahlungsserie 7649 Punkte

19. Streichung des Abschnitts 40.15 EBM

20. Änderung der Bewertungen der Gebührenordnungspositionen des Kapitels 25 EBM

Gebührenordnungsposition des EBM	Bewertung bis 31.12.2020 in Punkten	Bewertung ab 01.01.2021 in Punkten
25213	90	1542
25214	90	257
25310	126	92
25330	410	1347
25331	1171	7077
25332	780	4255
25333	1171	7077
25340	373	238
25341	1678	3463

21. Änderungen im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
25210*	Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	KA-25	27-20	Nur Quartalsprofil
25211*	Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung	KA-81	57-65	Nur Quartalsprofil

25213*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	KA-120	10-96	Nur Quartalsprofil
25214*	Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	KA-20	9 16	Nur Quartalsprofil
25310*	Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	KA-0	1-0	Keine Eignung Tages- und Quartalsprofil
25316*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei gutartiger Erkrankung	1	0	Tages- und Quartalsprofil
25317*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei gutartiger Erkrankung	0	0	Tages- und Quartalsprofil
25318*	Zuschlag IGRT bei gutartiger Erkrankung	4	3	Tages- und Quartalsprofil
25320*	Bestrahlung Telekobaltgerät (gut-/bösartig) oder Linearbeschleuniger (gutartig)	KA	1-	Keine Eignung
25321*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen	KA-1	1-1	Tages- und Quartalsprofil Keine Eignung
25322*	Zuschlag Bestrahlungsfelder	KA	1-	Keine Eignung
25323*	3-D-Technik, Großfeld-, Halbkörperbestrahlung	KA	1-	Keine Eignung
25324*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei bösartiger Erkrankung	0	0	Tages- und Quartalsprofil
25325*	Zuschlag Hochpräzisionstechnik bei bösartiger Erkrankung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
25326*	Zuschlag IGRT bei bösartiger Erkrankung	7	6	Tages- und Quartalsprofil
25327*	Zuschlag Hochpräzisionstechnik in Kombination mit IGRT bei bösartiger Erkrankung	10	8	Tages- und Quartalsprofil
25328*	Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy bei bösartiger Erkrankung	7	6	Tages- und Quartalsprofil
25329*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
25330*	Moulagen- oder Flabtherapie	KA-18	3-14	Tages- und Quartalsprofil
25331*	Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie	KA-148	6-118	Tages- und Quartalsprofil
25332*	Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	KA-89	2-71	Tages- und Quartalsprofil
25333*	Interstitielle Brachytherapie	KA-148	6-118	Tages- und Quartalsprofil

25340*	Bestrahlungsplanung I	KA-2	2	Tages- und Quartalsprofil
25341*	Bestrahlungsplanung II	KA-44	10-35	Tages- und Quartalsprofil
25342*	Bestrahlungsplanung III	KA-68	18-54	Tages- und Quartalsprofil
25343*	Zuschlag Hochpräzisionsbestrahlungsplanung	120	96	Tages- und Quartalsprofil

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, bis zum 31. März 2021 ein Evaluationskonzept zu entwickeln, um die Auswirkungen im Zusammenhang mit der Neufassung des Kapitels 25 darzustellen. Das Evaluationskonzept soll insbesondere

- a. die Entwicklung der Leistungsmengen (Häufigkeit) und des Leistungsbedarfs (in Punkten und nach Euro-Gebührenordnung) der einzelnen Leistungen und
- b. die Entwicklung des Leistungsbedarfs (in Punkten und nach Euro-Gebührenordnung) und der Honorare der Arztgruppe Strahlentherapie (differenziert nach KV-Bezirken und getrennt nach MGV und EGV)

sowie die Überprüfung der im Rahmen der Simulation getroffenen Annahmen berücksichtigen. Es soll auch geprüft werden, inwieweit mögliche Änderungen der Leistungsmengen (Häufigkeit) und des Leistungsbedarfs (in Punkten und nach Euro-Gebührenordnung) auf die Neudefinition des Zielvolumens zurückzuführen sind.

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Ausgabenneutralität und die Punktsummenneutralität der Auswirkungen dieses Beschlusses beginnend ab dem 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2023 zu evaluieren. Der Bewertungsausschuss wird, sofern die Ausgabenneutralität bzw. Punktsummenneutralität der Auswirkungen dieses Beschlusses nicht gegeben ist, auf Basis der Ergebnisse dieser Evaluation einen Beschluss zu erforderlichen Anpassungen fassen.

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

Der Bewertungsausschuss gibt im Zusammenhang mit der Neufassung des Kapitels 25 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. Januar 2021 folgende Empfehlung 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 ab:

I. Regelungen für die Abrechnungsquartale im Jahr 2021

1. Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) des EBM erfolgt vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2022 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.
2. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für das Abrechnungsquartal 1/2021 basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 6 entfallenden Anteil der folgende Punktzahl erhöht:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	46.581.152 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	30.183.431 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	14.532.516 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	180.250.842 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	248.176.370 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	210.706.758 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	109.534.933 Punkten

- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	87.464.801 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	241.792.499 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von	277.882.570 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	83.814.705 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	17.683.072 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	30.333.784 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	53.754.321 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	60.424.368 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	51.858.585 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	69.200.943 Punkten

3. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für das Abrechnungsquartal 2/2021 basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 6 entfallenden Anteil der folgende Punktzahl erhöht:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	45.070.842 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	33.330.940 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	15.885.127 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	183.977.031 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	236.298.575 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	206.773.026 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	106.360.631 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	84.995.986 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	235.030.483 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von	276.397.431 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	82.529.752 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	17.856.246 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	31.372.715 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	52.013.184 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	55.460.718 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	50.193.825 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	72.359.000 Punkten

4. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des

Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für das Abrechnungsquartal 3/2021 basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 6 entfallenden Anteil der folgende Punktzahl erhöht:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	45.435.892 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	35.645.542 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	14.427.801 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	191.963.444 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	253.102.854 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	225.331.785 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	112.985.415 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	87.277.571 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	251.174.131 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von	288.258.550 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	83.716.777 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	18.504.674 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	34.602.753 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	54.652.459 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	61.347.465 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	54.828.324 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	72.422.832 Punkten

5. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für das Abrechnungsquartal 4/2021 basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 6 entfallenden Anteil der folgende Punktzahl erhöht:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	40.327.232 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	33.168.141 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	15.546.357 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	178.384.114 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	234.767.800 Punkten

- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	200.692.114 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	104.036.992 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	89.958.128 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	235.778.959 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von	279.050.162 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	83.262.018 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	17.396.632 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	30.181.053 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	51.318.267 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	56.943.181 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	49.761.108 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	66.334.530 Punkten

6. Die Aufteilung der Behandlungsbedarfserhöhungen in den Nrn. 2 bis 5 auf die Krankenkassen erfolgt nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen der Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im KV-Bezirk an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) und den Kostenpauschalen 40840 und 40841 des Abschnitts 40.15 des EBM im entsprechenden Quartal des Jahres 2019.

II. Regelungen für die Abrechnungsquartale im Jahr 2022

7. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen werden diese in den jeweiligen KV-Bezirken für die Abrechnungsquartale 1/2022 bis 4/2022 basiswirksam jeweils um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 8 entfallenden Anteil der folgenden Punktzahl erhöht bzw. abgesenkt:

Die Punktzahlen des entsprechenden Quartals gemäß Nrn. 2 bis 5 werden um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate erhöht, um den arithmetischen Mittelwert aus den vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate abgesenkt und mit den folgenden KV-spezifischen Faktoren multipliziert:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	-0,7543%
--	-------------	----------

- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	5,7528%
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	4,8812%
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	4,8490%
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	3,6471%
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	0,8547%
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	5,7631%
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	3,7593%
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	3,6207%
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von	2,2097%
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	3,0745%
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	-5,6184%
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1,8394%
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	-1,5902%
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	0,9091%
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	-0,1440%
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	3,9471%

8. Die Aufteilung der Behandlungsbedarfserhöhungen gemäß Nr. 7 auf die Krankenkassen erfolgt nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen der Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im KV-Bezirk an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) im entsprechenden Quartal des Jahres 2021.

III. Regelungen für die Abrechnungsquartale im Jahr 2023

9. Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 25 des EBM erfolgt ab dem 1. Januar 2023 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.
10. Am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal gemäß Nummer 2.2.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für jedes der vier Abrechnungsquartale des Jahres 2023 basiswirksam um die Punktzahl reduziert, die sich aus der Summe der Größen a) und b) wie folgt ergibt:
- a) die jeweiligen Punktzahlen aus Nr. 2 bis 5 sind um die für die Jahre 2021 und 2022 im jeweiligen KV-Bezirk vereinbarten Raten der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen, mit der Zahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im

Jahr 2022 zu multiplizieren und durch die Zahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Jahr 2021 zu dividieren

- b) die jeweiligen Punktzahlen, die sich aus der Berechnung nach Nr. 7 ergeben, sind um die für das Jahr 2022 im jeweiligen KV-Bezirk vereinbarte Rate der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen.

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.