



Neue EBM-Regelungen zum 01.07.2021

Nicht invasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors: Neue Leistungen für Gynäkologen und Humangenetiker im EBM

Die vorgeburtliche Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors bei Rhesus-negativen Schwangeren wird zum 01.07.2021 Kassenleistung. Der nicht invasive Pränataltest (NIPT-RhD) wurde bereits im August 2020 in die Mutterschafts-Richtlinien aufgenommen. Durch die Anpassung soll jeder Rhesus-negativen Schwangeren mit einer Einlingsschwangerschaft die Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors angeboten werden. Die medizinisch unnötige Gabe von Blutprodukten (Anti-D-Immunglobulin) an Rhesus D-negative Schwangere, die ein Rhesus D-negatives Kind erwarten, kann somit vermieden werden.

Die hierfür erforderliche fachgebundene genetische Beratung und die Laboruntersuchung werden zum 01.07.2021 als neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen.

GOP 01788 - Beratungsleistung

- Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz zum nicht-invasiven Pränataltest Rhesus D (NIPT-RhD) gemäß Abschnitt C und Anlage 7 der Mutterschafts-Richtlinien
- Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung erforderlich
- nicht bei einer Mehrlingsschwangerschaft abrechenbar
- ab der zwölften Schwangerschaftswoche abrechenbar
- ist je vollendete fünf Minuten sowie höchstens zweimal je Schwangerschaft berechnungsfähig
- wird mit 84 Punkten bewertet

GOP 01869 - Laboruntersuchung

- pränatale Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors D an fetaler DNA aus mütterlichem Blut
- genehmigungspflichtig
- ist einmal je Schwangerschaft und höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- nicht bei einer Mehrlingsschwangerschaft abrechenbar
- wird mit 905 Punkten bewertet

Aufnahme drei weiterer biomarkerbasierter Tests in den EBM

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte am 15.10.2020 die Aufnahme der biomarkerbasierten Tests EndoPredict®, MammPrint® und Prosigna® zur Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mammakarzinom in die Richtlinie Methoden der vertragsärztliche Versorgung beschlossen.

Für die zugelassenen biomarkerbasierten Tests werden nun zum 01.07.2021 die **GOP 19503** (EndoPredict®), **GOP 19504** (MammaPrint®) und **GOP 19505** (Prosigna®) in den Abschnitt 19.4.5 EBM aufgenommen. Zusätzlich ist hier die **GOP 19402** für die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen im Abschnitt 19.4.1 EBM berechnungsfähig. Die Aufarbeitung einer Gewebeprobe nach GOP 19501 ist ausschließlich im Zusammenhang mit der Veranlassung des Tests OncotypeDX® nach der GOP 019502 berechnungsfähig. Zu den Fachgruppen, welche die Test-Aufklärung durchführen dürfen, gehören Gynäkologen mit dem Schwerpunkt gynäkologische Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Internisten oder Gynäkologen mit dem Nachweis der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“.



Aufnahme von Leistungen im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen im EBM

Die Kosten für die Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen sowie Keimzellgewebe werden zum 01.07.2021 unter bestimmten Voraussetzungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Damit soll Versicherten die Erfüllung eines Kinderwunsches durch künstliche Befruchtung nach keimzellschädigender Therapie ermöglicht werden. Der Anspruch besteht für weibliche Versicherte bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres und für männliche Versicherte bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Eine untere Altersgrenze gibt es nicht.

Zum Leistungsumfang gehören neben Beratungen, die Vorbereitung, die Entnahme, die Aufbereitung, das Einfrieren, die Lagerung und der Transport sowie das spätere Auftauen von Eizellen, Samenzellen oder Keimzellgewebe. Hierzu wurden neu der Abschnitt 8.6 sowie der Abschnitt 40.12 in den EBM zum 01.07.2021 aufgenommen.

Details zur Abbildung der Leistungen zur Kryokonservierung im EBM:

Neuer Abschnitt 8.6 im EBM

- GOP 08619 Erstberatung durch den die Grunderkrankung diagnostizierenden oder behandelnden Arzt
- GOP 08621 Reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung zu den dazugehörigen medizinischen Maßnahmen
- GOP 08623 Andrologische Beratung und Aufklärung bei Männern mit bestimmter Indikation
- GOP 08635 Stimulationsbehandlung zur Kryokonservierung von Eizellen
- GOP 08637 Ultraschallgezielte un/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Eizellen
- GOP 08638 Zuschlag zur GOP 08637 bei ambulanter Follikelpunktion
- GOP 08639 Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n) zur Kryokonservierung
- GOP 08640 Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung des Spermas zur Kryokonservierung
- GOP 08641 Aufbereiten und Untersuchung von Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion zur Kryokonservierung
- GOP 08644 Aufbereiten und Einfrieren der/den Eizelle(n)
- GOP 08645 Aufbereiten und Einfrieren von Samenzellen oder Keimzellgewebe
- GOP 08646 Auftauen und Aufbereiten der/den Eizelle(n)
- GOP 08647 Auftauen und Aufbereiten der Samenzellen oder Keimzellgewebe
- GOP 08648 Spermienpräparation aus Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion und Aufbereiten nach Kryokonservierung

Laborleistungen 32.2 im EBM

- GOP 32575 Nachweis von HIV-1 und HIV-2 Antikörpern und von HIV-p24-Antigen
- GOP 32614 HBc-Antikörper
- GOP 32618 HCV-Antikörper
- GOP 32660 HIV-1, HIV-2-Antikörper Westernblot
- GOP 32781 Nachweis von HBsAg

Anmerkung: Wenn diese Leistungen im Zusammenhang mit einer Kryokonservierung durchgeführt werden, sind diese Leistungen mit dem Suffix „K“ zu kennzeichnen.

Neuer Abschnitt 40.12 im EBM

- GOP 40700 Kostenpauschale für Lagerung
 - GOP 40701 Zuschlag zur Kostenpauschale 40700 für die Lagerung unter Quarantänebedingungen
- Für Transportkosten wurde eine Bestimmung in die Präambel des Abschnitts 40.12 aufgenommen, die eine gesonderte Abrechnung ermöglicht.



Übergangsregelung:

Für Versicherte, die aufgrund einer Behandlung mit keimzellschädigender Therapie ihre Ei- und Samenzellen oder männliches Keimzellgewebe auf eigene Kosten bereits haben kryokonservieren lassen oder mit Maßnahmen zur Kryokonservierung begonnen haben, besteht ab Inkrafttreten der Umsetzung der Kryo-Richtlinie im EBM Anspruch auf die Leistung. Sie werden auf Antrag der Versicherten gewährt.

Aufnahme Infusions-/Überwachungsleistung und Laborleistung in den EBM aufgrund der Fachinformation Kanuma®

Eine neue Leistung für die **Infusionstherapie** mit Sebelipase alfa (Handelsname: Kanuma®) nach der **GOP 02102** wird zum 01.07.2021 in den Abschnitt 2.1 EBM aufgenommen. Die Enzyersatztherapie (EET) Sebelipase alfa wird zur langfristigen Behandlung von Patienten aller Altersgruppen mit einem Mangel an lysosomaler saurer Lipase (LAL-Mangel) verabreicht. Die GOP ist für Kinder- und Jugendärzte, die über eine Berechtigung zur Abrechnung der Abschnitte 4.4 und 4.5 EBM verfügen, sowie Internisten berechnungsfähig.

Die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Sebelipase alfa wird zum 01.07.2021 in die bestehende GOP 01514 im Abschnitt 1.5 EBM integriert. Zudem wird der Bewertungsausschuss (BA) bis zum 30.09.2021 prüfen, ob Leistungsbestandteile der GOP 01510 bis GOP 01512, GOP 01514, GOP 01516 und GOP 01517 in eine neue Leistungsstruktur überführt werden. Ein möglicher Beschluss soll ggf. zum 01.01.2022 erfolgen.

Unter einer Enzyersatztherapie mit Sebelipase alfa (Kanuma®) können sich spezifische Antikörper entwickeln und eine schwere Immunreaktion auslösen oder die therapeutische Wirkung kann ausbleiben. Die Fachinformation sieht in diesen Fällen eine Untersuchung auf Antikörper gegen Sebelipase alfa vor. Dafür wird die **GOP 32481** zum 01.07.2021 in den EBM aufgenommen.

Aufnahme Low-Dose-Rate-Brachytherapie in den EBM

Die LDR-Brachytherapie zur Behandlung eines Prostatakarzinoms mit niedrigem Risikoprofil wird zum 01.07.2021 Kassenleistung. Im Januar 2021 ist der Beschluss in Kraft getreten, dass in die Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung die Nr. 35 „Interstitielle LDR-Brachytherapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil (LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation)“ aufgenommen wurde.

Folgende zwei neue Leistungen hat der BA in den Abschnitt 25.3.3 EBM aufgenommen:

GOP 25335 Interstitielle LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation
GOP 25336 Postimplantationskontrolle und Nachplanung

Die GOP sind von Strahlentherapeuten und Urologen berechnungsfähig, die über die für die LDR-Brachytherapie erforderliche Fachkunde verfügen und eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung der KV Thüringen haben.

Die anfallenden Sachkosten (implantierte Seeds, Implantationsnadeln etc.) im Zusammenhang mit der GOP 25335 werden nach den Nummern 7.3 und 7.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM auf Landesebene gesondert abgerechnet. In Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband gehen wir davon aus, dass die Krankenkassen die erforderlichen Sachkosten im Wege der Direktabrechnung begleichen.

Den genauen Wortlaut der Beschlüsse können Sie im Internetportal des Institut des Bewertungsausschusses <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.php> nachlesen.