

# Seit 1. Januar 2018 EBM-Leistung: Die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin

Mit Wirkung zum 1. Januar 2018 ist die neue EBM-Regelung bezüglich der transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen in Kraft getreten.

Urologen und Gynäkologen können diese Therapie jetzt über den EBM abrechnen; die Vergütung erfolgt hierbei extrabudgetär. Voraussetzung für die Abrechnung der Botoxbehandlung ist eine Genehmigung der jeweiligen KV. Diese wird erteilt, wenn jährlich die Teilnahme an den von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens acht CME-Punkten nachgewiesen wird.

Die fünf neuen GOP werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Für die extrabudgetäre Vergütung der Zystoskopien ist die bundeseinheitliche Kennzeichnung bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin durchgeführt wird, mit dem Buchstaben „T“ erforderlich. Die Kosten für die Beschaffung des Arzneimittels trägt die Krankenkasse des gesetzlich versicherten Patienten.

Zum Hintergrund: Das vorliegende Ergebnis basiert auf den bereits seit Sommer 2016 geführten Gesprächen zwischen GKV-Spitzenverband und KBV im Bewertungsausschuss. Die KBV hatte sich zur Vorbereitung auf diese Gespräche kontinuierlich mit dem Präsidium des BvDU abgestimmt, um eine entsprechende Position für die niedergelassenen urologischen Fachärzte zu definieren.

Anfang Dezember hatte das Präsidium des BvDU dem durch die KBV vorgelegten und bis dahin entwickelten Verhandlungsvorschlag des Bewertungsausschusses einstimmig für die abschließenden Verhandlungen am 19. Dezember 2017 zugestimmt. In Anbetracht des zurückliegenden Verhandlungsverlaufs bestand nach Auffassung der KBV kein weiterer Verhandlungsspielraum außerhalb einer endgültigen Schiedsamtentscheidung. Es stand demnach zu erwarten, dass der GKV-Spitzenverband im Falle einer Nichtzustimmung der KBV zu diesem Kompromiss die Beratungen in den erweiterten Bewertungsausschuss getragen hätte, um dort eine Beschlussfassung zu erzwingen. Diese hätte sich nach allgemeiner Erwartung inhaltlich stärker an der Position des GKV-Spitzenverband orientiert und ein deutlich schlechteres Ergebnis im Abrechnungsvolumen zur Folge gehabt.