

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 841. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2026

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

Im Rahmen der Erweiterung des Abschnitts 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V für die Jahre 2023 und 2024 wurde als Übergangslösung in den Vereinbarungen einem Teil der OPS-Kodes Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM zugewiesen und mit einem * gekennzeichnet, wenn deren Leistungsinhalt die für die Prozedur notwendigen Inhalte nicht, beziehungsweise nicht vollständig enthält. Aufgrund der Erläuterung in Anlage 1 Abschnitt 2 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V gilt, dass die gekennzeichneten EBM-GOP bei Durchführung der jeweiligen Prozedur dennoch entsprechend abgerechnet werden können. Diese Abrechnung der mit einem * gekennzeichneten GOP ist bis zum 30. Juni 2026 befristet. Die Vertragspartner nach § 115b Abs. 1 SGB V verständigen sich vor Ablauf der Befristung über ggf. erforderliche Anpassungen zur sachgerechten Umsetzung und Vergütung der Leistungen bzw. der Zuordnung der betreffenden OPS-Kodes und EBM-GOP.

Hierfür bedarf es der Aufnahme neuer GOP in den EBM sowie Anpassungen an bestehenden GOP im EBM.

3. Regelungsinhalt

Mit dem vorliegenden Beschluss Teil A nimmt der Bewertungsausschuss für den Wechsel und die Entfernung eines Jejunostomiekatheters entsprechend der OPS-Kodes 8-124.0 und 8-124.1 sowie für die Entfernung eines Gastrostomiekatheters entsprechend dem OPS-Kode 8-123.1 die GOP 04517, 04519 und 04524 in den Abschnitt 4.5.1 EBM sowie die GOP 13413, 13414 und 13416 in den Abschnitt 13.3.3 EBM auf.

Für den Wechsel eines Gastrostomiekatheters entsprechend der OPS-Kodes 8-123.00 und 8-123.01 erfolgen Anpassungen in der Legende und im obligaten Leistungsinhalt der bestehenden GOP 04513 im Abschnitt 4.5.1 EBM und der GOP 13412 im Abschnitt 13.3.3 EBM.

Im Abschnitt 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V gibt es für die Perkutan-endoskopische Gastrostomie mit und ohne jejunale Sonde die OPS-Kodes 5-431.22 bis 5-431.29, denen die GOP 13412 zugeordnet ist. Da die GOP 13412 das Einführen einer jejunalen Sonde bisher nicht beinhaltet, erfolgt eine entsprechende Ergänzung im fakultativen Leistungsinhalt der GOP 13412.

Mit den Anpassungen in der GOP 13412 wird klargestellt, dass sowohl die Neuanlage als auch der Wechsel eines Gastrostomiekatheters einschließlich des Einführens einer jejunalen Sonde durch den Pylorus mit der GOP 13412 abgerechnet werden kann.

Im Abschnitt 4.5.1 EBM gibt es die GOP 04515, die als Leistungsinhalt das Einführen einer jejunalen Sonde beinhaltet, so dass diesbezüglich kein Anpassungsbedarf an der GOP 04513 erforderlich ist.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil A tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2026 in Kraft.

Teil B

zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 04517, 04519, 04524, 13413, 13414 und 13416 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2026

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 bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

2. Regelungshintergrund und -inhalte

Mit Wirkung zum 1. Juli 2026 werden die Gebührenordnungspositionen (GOP) 04517, 04519, 04524, 13413, 13414 und 13416 in den EBM aufgenommen.

Die Aufnahme der GOP 04517, 04519, 04524, 13413, 13414 und 13416 in den EBM führt nicht zu Einsparungen bei anderen Gebührenordnungspositionen (keine Substitution).

Für die Vergütung empfiehlt der Bewertungsausschuss, die Leistungen nach den GOP 04517, 04519 und 04524 zunächst für zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren und zum 30. Juni 2028 zu prüfen, ob die Überführung der Leistungen nach den GOP 04517, 04519 und 04524 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bzw. die auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung empfohlen werden kann.

Die Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bzw. die auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß dem vom Bewertungsausschuss in seiner 804. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, beschlossenen Verfahren, wobei die KV-spezifische Abstaffelungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September

2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 827. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) auf eins gesetzt wird.

Für die Vergütung empfiehlt der Bewertungsausschuss, die Leistungen nach den GOP 13413, 13414 und 13416 zunächst für zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren und zum 30. Juni 2028 zu prüfen, ob die Überführung der Leistungen nach den GOP 13413, 13414 und 13416 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung empfohlen werden kann.

Die Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß dem vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 827. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 2.2.1.2 beschlossenen Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil B tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2026 in Kraft.