

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 819. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2026

1. Änderung des dritten Absatzes der Nr. 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM

Gebührenordnungspositionen ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt, deren Anspruchsberechtigung sich nach Alter und Geschlecht der Versicherten richtet und nicht auf ein Geschlecht beschränkt sind (**z. B. Keleskopischer Komplex nach der Gebührenordnungsposition 01741**), sind bei Intersexualität oder Transsexualität auch dann entsprechend der in der jeweiligen Richtlinie aufgeführten niedrigeren Altersgrenze berechnungsfähig, wenn die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung nicht dem anspruchsberechtigten Geschlecht mit der niedrigeren Altersgrenze für die Leistung entspricht.

2. Änderung des zweiten Satzes der Nr. 1 des fünften Absatzes der Nr. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM

Es erfolgt ein Abschlag auf die Punktzahl der jeweiligen Notfall-, Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale und den Zuschlägen bzw. Zusatzpauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich nach den Gebührenordnungspositionen 03040, 03041, 03042, 03060, 03061 und 04040, den Zuschlägen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 und den Gebührenordnungspositionen 13294, 13296, 13344, 13346, 13394, 13396, 13494, 13496, 13543, 13544, 13594, 13596, 13644, 13646, 13694, 13696, **und dem Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 06225 für die Behandlung durch konservativ tätige Augenärzte gemäß Nr. 6 der Präambel 6.1 und dem Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 17214.**

3. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01410 im Abschnitt 1.4 EBM

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01410 im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie oder im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.6 (KJ-KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

4. Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01413 im Abschnitt 1.4 EBM

Die Gebührenordnungsposition 01413 ist entgegen der Leistungslegende auch im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie berechnungsfähig. In diesem Fall ist die Berechnung durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

5. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungspositionen 01530 und 01531 im Abschnitt 1.5 EBM

- | | |
|-------|--|
| 01530 | Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der QualitätssicherungsvVereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung diagnostischer angiologischer Leistungen |
| 01531 | Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der QualitätssicherungsvVereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung therapeutischer angiologischer Leistungen |

6. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01436 in die Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01647 im Abschnitt 1.6 EBM

7. Änderung des ersten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 01648 im Abschnitt 1.6 EBM

- Speicherung von Daten gemäß der ePA-Erstbefüllungsvereinbarung nach § 346 Absatz 65 SGB V in der elektronischen Patientenakte,

8. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01765 im Abschnitt 1.7.3.2.2 EBM

01765 Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. §§ 7 und D. § 8 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)

9. Änderung der Nr. 3 der Präambel 7.1 EBM

3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 13310, 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13421, 13422, 13423, 13424, 13662, 13663, 13664 und 13670 sowie bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen die Gebührenordnungsposition 08320 berechnen. Fachärzte für Kinderchirurgie können darüber hinaus die arztgruppenübergreifenden Gebührenordnungspositionen 01476, 01477, 01722 und 01799 sowie die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 26310, 26311, 26312, 26313 und 26320 berechnen. Fachärzte für Chirurgie können darüber hinaus die arztgruppenübergreifenden Gebührenordnungspositionen 01472, 01476 und 01477 berechnen.

10. Änderung der Nr. 1 der Präambel 24.1 EBM

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für ~~Diagnostische~~ Radiologie berechnet werden.

11. Änderung der ersten Bestimmung zum Abschnitt 30.12 EBM

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.12.1, ~~mit Ausnahme der Laborziffern gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956~~, ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt sind.

12. An folgenden Stellen im EBM ist die Wortgruppe „Präambel des Abschnitts“ in die Wortgruppe „Bestimmungen zum Abschnitt“ zu ändern:

GOP	Position und Stelle
30980	Leistungslegende Obligator Leistungsinhalt, zweiter Spiegelstrich erste Anmerkung
30981	Leistungslegende Obligator Leistungsinhalt, erster Spiegelstrich erste Anmerkung

13. Änderung der Nr. 1 und Nr. 2 der Präambel 34.1 EBM

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, des Strahlenschutzgesetzes und des **Medizinproduktegesetzes** **Medizinproduktgerecht-Durchführungsgesetzes** i. V. m. der europäischen **Medizinprodukteverordnung** sowie der jeweiligen Qualitätsbeurteilungsrichtlinien für die Kernspintomographie bzw. für die radiologische Diagnostik gemäß § 135b Abs. 2 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V erfolgt.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels setzt jeweils eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung entweder nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie oder **zur nach der** Kernspintomographie-Vereinbarung oder **zur nach der** Vereinbarung zur invasiven Kardiologie oder **zur nach der** QualitätssicherungsvVereinbarung zur interventionellen Radiologie oder **zur nach der** Mammographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34274 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

14. Änderung der dritten Bestimmung zum Abschnitt 34.2.9 EBM

3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34283 und 34286 setzt eine Genehmigung nach der **QualitätssicherungsvVereinbarung** zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

15. Änderung der dritten Bestimmung zum Abschnitt 34.7 EBM

3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind abweichend von Nr. 1 und Nr. 2 der Präambel 34.1 nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung gemäß Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (gilt nur für die Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34707), nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, der Richtlinie zur ~~nach~~ ~~der~~ Strahlenschutzverordnung, ~~der~~ ~~Röntgenverordnung~~ des ~~Strahlenschutzgesetzes~~, des ~~Medizinproduktegesetzes~~ ~~Medizinproduktgerecht-Durchführungsgegesetzes~~ i. V. m. der europäischen Medizinprodukteverordnung und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung erfolgt.

16. Änderung des ersten Spiegelstriches der dritten Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM

- Vorliegen eines hinreichend begründeten Verdachts auf mindestens eine der folgenden Erkrankungen gemäß ICD-10-GM: U09.9! Post-COVID-Zustand nicht näher bezeichnet, U10.9- Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet, U12.9! ~~Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet, G90.80 Posturales orthostatisches Tachykardie-Syndrom (PoTS), G93.3- Chronisches Fatigue-Syndrom (Chronic fatigue syndrome) inkl.: Chronisches Fatigue Syndrom bei Immundysfunktion, Myalgische Enzephalomyelitis, Postvirales (chronisches) Müdigkeitssyndrom, R53.0 Chronische Fatigue mit Angabe einer post-exertionellen Malaise (PEM), R53.1 Chronische Fatigue ohne Angabe einer post-exertionellen Malaise (PEM), I95.1 Orthostatische Hypotonie inkl. Orthostatische Dysregulation~~

17. Änderung des vierten und Streichung des fünften Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes und Aufnahme eines fakultativen Leistungsinhaltes zur Gebührenordnungsposition 37802 im Abschnitt 37.8 EBM

- Überweisung an mindestens einen weiteren Vertragsarzt der fachärztlichen oder spezialisierten ambulanten Versorgung,
~~und/oder~~
~~Verordnung von Heilmitteln im Zusammenhang mit einer Indikation gemäß § 2 LongCOV-RL,~~

Fakultativer Leistungsinhalt

- ~~Verordnung von Heilmitteln im Zusammenhang mit einer Indikation gemäß § 2 LongCOV-RL,~~

18. Änderung der Überschrift zu Abschnitt 40.5 EBM

40.5 Übergreifende Kostenpauschalen für ~~Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, Kanülen oder Katheter, Schweißtest, Meldegebühr implantatbezogener Maßnahmen~~

19. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 40461 im Abschnitt 40.9 EBM

40461 Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01741, 04511, 04514, 08311, 09315, 09317, 13400, 13421, 13422, 13430, **13431**, 13662, 26310 und 26311 bei Verwendung einer Einmal-Probenentnahmezange

20. Änderung der Nr. 12 der Präambel 2.1 des Anhangs 2 EBM

12. Eingriffe der Kategorie RR sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, **Röntgenverordnung des Strahlenschutzgesetzes** und des **Medizinproduktegesetzes** **Medizinproduktgerecht-Durchführungsgesetzes** i. V. m. der **europäischen Medizinprodukteverordnung** sowie der jeweiligen Qualitätsbeurteilungsrichtlinien für die radiologische Diagnostik gemäß § 1365b Abs. 2 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V erfolgt. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen setzt jeweils eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung entweder nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie, **zur Vereinbarung zur invasiven Strahlendiagnostik und -therapie**, **zur** nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie oder **zur** **nach** der **Qualitätssicherungsvereinbarung** zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Anwendung von Röntgenstrahlen bei anderen Eingriffen steht unter den gleichen Voraussetzungen.

21. Änderung der Kurzlegende der Gebührenordnungsposition 01765 im Anhang 3 zum EBM

Kurzlegende
Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. §§ 7 und D. § 8 oKFE-RL

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2026

- 1. Streichung der Präambel 37.1 EBM. Der Abschnitt 37.1 bleibt unbesetzt.**
- 2. Aufnahme einer ersten und zweiten Bestimmung zum Abschnitt 37.2 EBM.
Die bisherige erste Bestimmung wird zur dritten Bestimmung.**
 1. Die Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37113 und 37120 können nur von
 - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
 - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
 - Praktischen Ärzten,
 - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
 - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
 - Fachärzten für Augenheilkunde,
 - Fachärzten für Chirurgie,
 - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
 - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erklärt haben,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
 - Fachärzten für Neurologie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,

- Fachärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzten für Orthopädie,
- Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärzten für Urologie,
- Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
- Vertragsärzten mit Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

berechnet werden, die im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen eine Kooperation gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

2. Die Gebührenordnungsposition 37105 kann nur von

- Fachärzten für Allgemeinmedizin,
- Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
- Praktischen Ärzten,
- Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
- Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
- Fachärzten für Neurologie,
- Fachärzten für Nervenheilkunde,
- Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie

berechnet werden, die im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen eine Kooperation gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

3. Änderung der neuen dritten Bestimmung zum Abschnitt 37.2 EBM

3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes können von Ärzten gemäß **Bestimmung** Nr. 1 und Nr. 2 ~~der Präambel 37.1~~ nur bei Patienten berechnet werden, die in einem Pflegeheim betreut werden, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V besteht, der die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllt.

4. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungspositionen 37100 und 37102 im Abschnitt 37.2 EBM

37100 Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. **43** zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä

37102 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. **43** zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä

5. Aufnahme einer ersten, zweiten und dritten Bestimmung zum Abschnitt 37.3 EBM. Die bisherige erste, zweite und dritte Bestimmung werden zur vierten, fünften und sechsten Bestimmung.

1. Die Gebührenordnungspositionen 37300, 37302, 37317 und 37318 können nur von Vertragsärzten berechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Voraussetzungen gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä erfüllt sind.
2. Die Gebührenordnungspositionen 37305, 37306 und 37320 sind von allen Vertragsärzten berechnungsfähig, die an der Versorgung eines Patienten gemäß der Bestimmung Nr. 4 beteiligt sind.
3. Die Gebührenordnungsposition 37314 ist nur von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin berechnungsfähig.

6. Aufnahme einer ersten Bestimmung zum Abschnitt 37.4 EBM. Die bisherige erste Bestimmung wird zweite Bestimmung.

1. Die Gebührenordnungsposition 37400 kann nur von Vertragsärzten berechnet werden, die eine Versorgungsplanung gemäß einer Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in vollstationären Pflegeheimen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe für von einem Berater betreuten Patienten durchführen und dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

7. Änderung der neuen zweiten Bestimmung zum Abschnitt 37.4 EBM

2. Die Gebührenordnungsposition 37400 ~~dieses Abschnittes~~ kann ~~von Ärzten gemäß Nr. 6 der Präambel 37.1~~ nur bei Patienten berechnet werden, die durch einen Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung der Eingliederungshilfe betreut werden.

**8. Aufnahme einer zweiten und dritten Bestimmung zum Abschnitt 37.5 EBM.
Die bisherige zweite und dritte Bestimmung werden zur vierten und fünften
Bestimmung.**

2. Die Gebührenordnungsposition 37510 kann ausschließlich von
 - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrieberechnet werden.
3. Die Gebührenordnungspositionen 37500, 37520, 37525, 37530 und 37535 können ausschließlich von
 - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutenberechnet werden.

**9. Aufnahme einer ersten, zweiten und dritten Bestimmung zum Abschnitt
37.7 EBM. Die bisherige erste Bestimmung wird zur vierten Bestimmung.**

1. Die Gebührenordnungspositionen 37700, 37701, 37704, 37705 und 37706 können nur von Vertragsärzten berechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Voraussetzungen gemäß § 8 Abs. 1 oder 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) erfüllt sind.
2. Die Gebührenordnungspositionen 37710 und 37711 können ausschließlich von
 - Vertragsärzten gemäß Bestimmung Nr. 1,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
 - Fachärzten für Anästhesiologie,
 - Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie,
 - Fachärzten für Neurologie,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
 - Ärzten mit einer Genehmigung gemäß § 9 Abs.1 Satz 4 der AKI-RL,
 - Vertragsärzten gemäß § 9 Abs. 2 Satz 1 der AKI-RL, die auf die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind

(ausschließlich bei Patienten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind),

- Vertragsärzten gemäß § 9 Abs. 2 Satz 2 der AKI-RL, die nicht auf die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind bei Verordnung im Rahmen eines ggf. telemedizinischen Konsils mit auf einem auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsarzt (ausschließlich bei Patienten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind)

berechnet werden.

3. Die Gebührenordnungspositionen 37714 und 37720 können ausschließlich von
 - Vertragsärzten gemäß Bestimmung Nr. 1,
 - Ärzten mit einer Genehmigung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 der AKI-RL (gilt nur für die Gebührenordnungsposition 37714),
 - Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 (gilt nur für die Gebührenordnungsposition 37720),
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
 - Fachärzten für Anästhesiologie,
 - Fachärzten für Chirurgie,
 - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
 - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erklärt haben,
 - Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
 - Ärzten gemäß Präambel 16.1 Nr. 1,
 - Fachärzten für Orthopädie,
 - Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
 - Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen),
 - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Nervenheilkunde und Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - Ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten,
 - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin

berechnet werden.

10. Änderungen der Kurzlegenden der Gebührenordnungspositionen 37100 und 37102 im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende
37100	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 43 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä
37102	Zuschlag zu den GOPen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 43 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä

Teil C

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2026

1. Änderung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 07345 im Abschnitt 7.3 EBM

*Die Gebührenordnungsposition 07345 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, **und 86520 und 86522** gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.*

2. Änderung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 08345 im Abschnitt 8.3 EBM

*Die Gebührenordnungsposition 08345 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, **-und 86520 und 86522** gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.*

3. Änderung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 09345 im Abschnitt 9.3 EBM

*Die Gebührenordnungsposition 09345 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, **-und 86520 und 86522** gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.*

4. Änderung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 10345 im Abschnitt 10.3 EBM

Die Gebührenordnungsposition 10345 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514,

*86516, und 86520 und 86522 gemäß Anhang
2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum
Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä))
berechnungsfähig.*

5. Änderung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13435 im Unterabschnitt 13.3.3 EBM

Die Gebührenordnungsposition 13435 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, und 86520 und 86522 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.

6. Änderung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13675 im Unterabschnitt 13.3.7 EBM

Die Gebührenordnungsposition 13675 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, und 86520 und 86522 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.

7. Änderung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 15345 im Abschnitt 15.3 EBM

Die Gebührenordnungsposition 15345 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, und 86520 und 86522 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.

8. Änderung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 26315 im Abschnitt 26.3 EBM

Die Gebührenordnungsposition 26315 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, und 86520 und 86522 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.