

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss 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. 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 und -inhalt

Mit dem vorliegenden Beschluss Teil A nimmt der Bewertungsausschuss verschiedene Detailänderungen im EBM vor:

Zu 1.:

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) ist am 1. Januar 2020 in Kraft getreten. Mit Beschluss des G-BA vom 16. Januar 2025 erfolgte eine Änderung der oKFE-RL im Teil „II. Besonderer Teil - Programm zur Früherkennung von Darmkrebs“ mit Angleichung der geschlechtsspezifischen Anspruchsberechtigung und iFOBT-Intervalle in der Darmkrebsfrüherkennung. Mit dieser Änderung ist für versicherte Personen ab 50 Jahren ein geschlechterunabhängiger Zugang zur Darmkrebsfrüherkennung mit durchgängig einheitlichen Wahlmöglichkeiten geschaffen worden. Der Beschluss des G-BA ist am 1. April 2025 in Kraft getreten.

In der Nummer 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM wird der Koloskopische Komplex nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01741 als Beispiel für GOP aufgeführt, deren Anspruchsberechtigung sich nach Alter und Geschlecht der Versicherten richten und nicht auf ein Geschlecht beschränkt sind. Dieses Beispiel ist aufgrund der Änderung der oKFE-RL nicht mehr zutreffend.

Es erfolgt die Streichung des Beispiels aus dem dritten Absatz der Nummer 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM. Ungeachtet der Streichung bestehen alle Regelungen der Nummer 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM fort, auch wenn diese derzeit auf die bestehenden GOP des EBM keine Anwendung finden.

Zu 2.:

Die GOP 17214 (Zuschlag zur Konsiliarpauschale 17210 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern) wird in Satz 2 der Nr. 1 des fünften Absatzes der Nr. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM ergänzt und ist somit in Behandlungsfällen mit ausschließlichem Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig. Die Abschlagshöhe für den Zuschlag beträgt in diesem Fall 20 Prozent.

Zu 3. und 4.:

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss in seiner 567. Sitzung am 4. August 2021, Teil A, mit Wirkung zum 1. Oktober 2021 Anmerkungen zur Kennzeichnung der GOP 01410 (Besuch) und 01413 (Besuch eines weiteren Kranken) im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen. In Teil B des Beschlusses empfiehlt der Bewertungsausschuss eine Vergütung der gekennzeichneten Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) und eine Überführung in die MGV gemäß Nr. 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014, oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu einem Verfahren zur Aufnahme von neuen Leistungen in den EBM. Der Bewertungsausschuss hat nach erfolgter Prüfung in seiner 788. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) eine Überführung in die MGV zum 1. Januar 2026 beschlossen. Die bundeseinheitliche Kennzeichnung der GOP 01410 und 01413 ist demnach nicht mehr erforderlich und die Anmerkungen werden entsprechend angepasst.

Zu 5., 13., 14., 15. und 20.:

Das Medizinproduktgerecht-Durchführungsgesetz (MPDG) ist am 26. Mai 2021 in Kraft getreten und hat in Verbindung mit der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) das bis dahin geltende Medizinproduktegesetz (MPG) für alle Produkte im Anwendungsbereich der MDR abgelöst. Das MPDG ergänzt die MDR um nationale Vorgaben und beinhaltet charakteristische nationale Anforderungen, z. B. hinsichtlich der Überwachung zum Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten. Weitere Bestimmungen zum Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten sind in der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) enthalten. Die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) ist am 31. Dezember 2018 in Kraft getreten. Sie gilt in Verbindung mit dem Strahlenschutzgesetz (StrlSchG). Die

Strahlenschutzverordnung enthält Regelungen zum Schutz vor ionisierender Strahlung und betrifft dabei die Allgemeinbevölkerung, beruflich strahlenexponierte Personen und Personen bei medizinischen Anwendungen. Mit Inkrafttreten hat die Strahlenschutzverordnung die Röntgenverordnung (RöV) abgelöst, die bis dahin den Betrieb von Röntgeneinrichtungen geregelt hat.

Es erfolgt die Anpassung der Leistungslegenden der GOP 01530 und 01531 im Abschnitt 1.5 EBM, der Nr. 1 und Nr. 2 der Präambel 34.1 EBM, der dritten Bestimmung zum Abschnitt 34.2.9 EBM, der dritten Bestimmung zum Abschnitt 34.7 EBM und der Nr. 12 der Präambel 2.1 des Anhangs 2 EBM entsprechend der aktuell gültigen Gesetze, Verordnungen und Qualitätssicherungsvereinbarungen, die der Durchführung der Leistungen nach den GOP dieser Abschnitte und Kapitel zugrunde liegen.

Zudem wird die Formulierung „zur Vereinbarung“ in der Nr. 2 der Präambel 34.1 und in der Nr. 12 der Präambel 2.1 des Anhangs 2 EBM zur redaktionellen Korrektur in „nach der Vereinbarung“ geändert.

Zu 6.:

Die Leistungslegende der GOP 01647 (Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung) wird um die GOP 01436 (Konsultationspauschale) ergänzt. Dadurch wird die Berechnungsfähigkeit der GOP 01647 in Behandlungsfällen ermöglicht, in denen Vertragsärzte ausschließlich im Rahmen einer Überweisung eine Tätigkeit im Zusammenhang mit der elektronische Patientenakte ausführen und keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnen.

Zu 7.:

Es wird eine Anpassung im obligaten Leistungsinhalt der GOP 01648 (Zusatzpauschale ePA-Erstbefüllung) an die aktuell gültige Rechtsgrundlage der sektorenübergreifenden ePA-Erstbefüllungsvereinbarung vorgenommen.

Zu 8. und 21.:

In der oKFE-RL werden in Teil III. „Besonderer Teil - Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms“ im Abschnitt D. im § 8 Angaben zur Prozess- und Strukturqualität aufgeführt. Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in der 455. Sitzung am 11. Dezember 2019 wurden die entsprechenden ärztlichen Leistungen in die neuen Abschnitte 1.7.3.2.1 und 1.7.3.2.2 EBM aufgenommen. In der Leistungslegende der GOP 01765 wurde der § 8 der oKFE-RL unter Teil III. C. der oKFE-RL mit aufgeführt. Es werden die Leistungslegende sowie die Kurzlegende der GOP 01765 an die Systematik der oKFE-RL angepasst.

Zu 9.:

Die GOP 01722 ist für die Sonographie der Säuglingshüften bei der U3 berechnungsfähig.

Gemäß Nr. 1.4 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM gilt, dass arztgruppenübergreifende allgemeine GOP, sofern diese in den Präambeln zu den Kapiteln für die einzelnen Arztgruppen aufgeführt sind, von jedem Vertragsarzt unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf das jeweilige Gebiet oder das Gebiet eines angestellten Arztes sowie unter Beachtung entsprechender vertraglicher Bestimmungen (z. B. Kinder-Richtlinie, Früherkennungs-Richtlinie) berechnet werden können.

Mit der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 wurde die Sonographie der Säuglingshüften in den speziellen Teil für Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie in die Weiterbildung aufgenommen.

Die GOP 01722 ist derzeit nur in der Nr. 2 der Präambel 18.1 enthalten und daher von Fachärzten für Orthopädie und Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie berechnungsfähig. Da die GOP 01722 in der Präambel 7.1 nicht enthalten ist, ist die Leistung von Fachärzten für Kinder- und Jugendchirurgie nicht berechnungsfähig. Um Fachärzten für Kinder- und Jugendchirurgie die Berechnung der GOP 01722 zu ermöglichen, erfolgt die Aufnahme der GOP 01722 in den zweiten Satz der Nummer 3 der Präambel 7.1 EBM.

Zu 10.:

Es erfolgt die Anpassung der Facharztbezeichnung in der Nr. 1 der Präambel 24.1 entsprechend der aktuell gültigen MWBO. Die bisher in Nr. 1 der Präambel 24.1 genannte Facharztbezeichnung „Fachärzte für Diagnostische Radiologie“ wurde durch die MWBO 2003 geändert und lautet seither „Fachärzte für Radiologie“. In der entsprechenden MWBO findet sich eine spezielle Übergangsbestimmung, die besagt, dass Kammerangehörige, die die Facharztbezeichnung Diagnostische Radiologie oder Radiologische Diagnostik besitzen, berechtigt sind, stattdessen die Facharztbezeichnung Radiologie zu führen.

Zu 11.:

Die Anpassung der ersten Bestimmung zum Abschnitt 30.12 (Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA) erfolgt zur Klarstellung, dass sich die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA nur auf die Berechnung der GOP des Abschnitts 30.12.1 (Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)) bezieht. Die Berechnungsvoraussetzungen für die GOP des Abschnitts 30.12.2 (Labormedizinischer

Nachweis von Methicillin-resistentem *Staphylococcus aureus* (MRSA)) sind in der zweiten Bestimmung zum Abschnitt 30.12 geregelt.

Zu 12.:

Bei den unter Abschnitt 30.13 aufgeführten Regelungen handelt es sich um Bestimmungen und nicht um eine Präambel zu einem Fachgruppenkapitel. Da sich in der Leistungslegende, dem Leistungsinhalt und der Anmerkung der GOP 30980 und 30981 darauf bezogen wird, erfolgt an den genannten Punkten die redaktionelle Korrektur der Wortgruppe „Präambel des Abschnitts“ in die Wortgruppe „Bestimmungen zum Abschnitt“.

Zu 16. und 17.:

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 753. Sitzung vom 11. Dezember 2024 wurden der Abschnitt 37.8 „Spezifische Versorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen (Long-COVID-Richtlinie/LongCOV-RL)“ sowie die Leistungen nach den GOP 37800, 37801, 37802, 37804 und 37806 in den EBM aufgenommen.

Aufgrund der abweichenden Darstellung im ICD-10-GM 2026 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision - German Modifikation) werden im Abschnitt 37.8 EBM im ersten Spiegelstrich der dritten Bestimmung die folgenden Anpassungen vorgenommen: Streichung des Worts „orthostatisches“ bei dem ICD-Kode G90.80 und Änderung des ICD-Kodes von „G93.3“ in „G93.3-“. Die neu im ICD-10-GM 2026 enthaltenen ICD-Kodes R53.0 für die Kodierung der chronischen Fatigue mit post-exertioneller Malaise [PEM] und R53.1 für die Kodierung der chronischen Fatigue ohne post-exertionelle Malaise [PEM] werden gemäß § 2 LongCOV-RL in den Abschnitt 37.8 EBM in den ersten Spiegelstrich der dritten Bestimmung aufgenommen.

In § 4 Abs. 4 LongCOV-RL wird der Koordinierungsbedarf im Sinne der LongCOV-RL konkret dahingehend erläutert, dass im Rahmen der Koordination die Behandlung der Erkrankung oder Erkrankungen nach § 2 pro Quartal durch mindestens einen weiteren Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplin gemäß § 3 Abs. 3 oder 4 erforderlich ist.

Nunmehr erfolgt eine Anpassung der GOP 37802 (Zuschlag zur Versichertenauspauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 und § 5 LongCOV-RL) an die Vorgaben der Long-COVID-RL. Die „Verordnung von Heilmitteln im Zusammenhang mit einer Indikation gemäß § 2 LongCOV-RL wird fakultativer Leistungsinhalt.

Zu 18.:

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung der Überschrift des Abschnitts 40.5.

Zu 19.:

Die Kostenpauschale 40461 kann bei der Verwendung einer Einmal-Probenentnahmezange im Zusammenhang mit den Leistungen nach den GOP 01741, 04511, 04514, 08311, 09315, 09317, 13400, 13421, 13422, 13430, 13662, 26310 und 26311 abgerechnet werden.

Im obligaten Leistungsinhalt der GOP 13431 (Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie) ist die GOP 13430 (Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik) als obligater Leistungsinhalt aufgeführt. Im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen nach der GOP 13431 kann die Kostenpauschale 40461 bei Verwendung einer Einmal-Probeentnahmezange aktuell jedoch nicht abgerechnet werden. Dies führt dazu, dass die Einmal-Probeentnahmezange im Zusammenhang mit der GOP 13431 aktuell nach 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM abgerechnet wird. Daher wird die Leistungslegende der Kostenpauschale 40461 um die GOP 13431 erweitert.

3. Inkrafttreten

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

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 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 und -inhalt

Mit dem vorliegenden Beschluss Teil B wird die bisherige Präambel 37.1 mit den Nummern 1 bis 11 gestrichen und die Regelungen der Nummern 1 bis 11 in die entsprechenden Bestimmungen zu den Abschnitten 37.2, 37.3, 37.4, 37.5 und 37.7 überführt. Diese Anpassung soll eine Zuordnung der verschiedenen Regelungen zu den Vertragsärzten, die berechtigt sind, die jeweiligen GOP der Abschnitte 37.2, 37.3, 37.4, 37.5 oder 37.7 zu berechnen, zu den zugehörigen EBM-Abschnitten erleichtern und dient der Übersichtlichkeit.

Durch die geänderte Reihenfolge der Nummerierung der Bestimmungen zu den Abschnitten 37.2, 37.3, 37.4, 37.5 oder 37.7 erfolgen verschiedene Folgeanpassungen bei GOP, die sich auf diese Bestimmungen beziehen.

3. Inkrafttreten

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

Teil C

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 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 und -inhalt

Die Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte (BMV-Ä) haben zum 1. Januar 2026 eine neue Kostenpauschale 86522 für subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapien in den Anhang 2 Teil A zur Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) aufgenommen und festgelegt, dass die Berechnung der Kostenpauschale 86522 jeweils neben der Zusatzpauschale Onkologie nach den GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 des EBM im Behandlungsfall ausgeschlossen ist. Mit dem vorliegenden Beschluss Teil C ergänzt der Bewertungsausschuss die Anmerkungen zu den genannten GOP des EBM um diesen Abrechnungsausschluss.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil C tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2026 in Kraft.