

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. Koloskopischer 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 **Qualitätssicherungs**Vereinbarung 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 **Qualitätssicherungs**Vereinbarung 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~~ **Medizinprodukterecht-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 Qualitätssicherungsvereinbarung** 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 ~~Qualitätssicherungsvereinbarung~~ **Qualitätssicherungsvereinbarung** 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** **Medizinprodukte-recht-Durchführungsgesetzes** 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! ~~U~~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, Einmalklerosierungsnadeln, 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** **Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes** i. V. m. **der europäischen Medizinprodukteverordnung** sowie der jeweiligen Qualitätsbeurteilungsrichtlinien für die radiologische Diagnostik gemäß § 136**5b 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. **13** 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. **13** 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 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. 13 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. 13 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.*

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 Medizinprodukte-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 Säuglingshöften 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 Säuglingshöften 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 Versichertenpauschale 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 Tumorthapien 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.