

## **B E S C H L U S S**

### **des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 788. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

### **zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2026**

**mit Wirkung zum 1. Januar 2026**

---

#### **1. Präambel**

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V Empfehlungen zur Bestimmung von nach § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen.

#### **2. Empfehlung zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Bestimmung der Vergütungen in den Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge gemäß § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V zu vertragsärztlichen Leistungen außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung, die besonders gefördert werden sollen oder weil dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V empfiehlt der Bewertungsausschuss zu Art und Umfang der ärztlichen Leistungen.

Bestehende Beschlüsse des Bewertungsausschusses, die eine Änderung der Zuordnung von Leistungen oder Leistungsbereichen zur EGV oder MGV im Jahr 2025 oder zu einem späteren Zeitpunkt vorsehen, bleiben unberührt. Das gleiche gilt für in bestehenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses vorgesehene Überprüfungsaufträge zur Änderung der Zuordnung von Leistungen zur EGV oder MGV.

Für die Abgrenzung der in den Aufsatzwerten für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf zu berücksichtigenden Leistungsmengen empfiehlt der Bewertungsausschuss auf der Basis der gesetzlichen Vorgaben und seiner bisherigen Beschlüsse (siehe Übersicht der bisherigen, weiter geltenden Empfehlungen und Vorgaben zur MGV-Abgrenzung unter

<https://institut-ba.de/service/aufsatzwertevorgaben.html>) neben den in § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V aufgeführten Leistungen und Zuschlägen die folgenden Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V nicht einzubeziehen (insoweit zu den einzelnen aufgeführten Gebührenordnungspositionen keine konkreten Suffixe genannt sind, können diese beliebige Suffixe aufweisen):

1. Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V a. F., Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß §§ 137f bis g SGB V und Verträge zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V),
2. Vergütungen für bundesweit und regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Wegepauschalen (GOP 40220 bis 40230) sowie Leistungen im GOP-Bereich  $\geq 80000$ ,
3. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (GOP 13311, 17370 und 08410 bis 08416 sowie Kapitel 36 EBM mit Ausnahme der GOP 36371 bis 36373),
4. Ambulantes Operieren einschließlich Begleitleistungen, PTK, Koloskopie und ERCP (Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4, 31.5 und 31.6 EBM, GOP 01858, 01859, 01907, 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13424, 13430, 13431, 40680 und 40685 sowie Abschnitt 31.2 EBM mit Ausnahme der GOP 31371 bis 31373),
5. Prävention einschließlich Mammographie-Screening, Hautkrebs-Screening und Neugeborenen-Hörscreening (Abschnitt 1.7.1 EBM mit Ausnahme der GOP 01710, Abschnitt 1.7.2 EBM, Abschnitt 1.7.3 EBM mit Ausnahme der GOP 01759, Abschnitt 1.7.4 EBM sowie GOP 32880 bis 32882, 40102, 40850 und 40852),
6. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855),
7. Strahlentherapie (Kap. 25 EBM mit Ausnahme der GOP 25215, 25228 bis 25230, 25335 und 25336),
8. Leistungen der künstlichen Befruchtung einschließlich Begleitleistungen, mit Ausnahme reproduktionsmedizinischer Beratungsleistungen, nach den Gebührenordnungspositionen 08520 und 08521 (GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08535X, 08536X, 08537X, 08538X, 08539X, 08540, 08540X, 08550, 08550X, 08555X, 08558X, 08575X, 08576X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 11501X, 11502X, 11503X, 11506X, 11508X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X und 33090X),

9. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren (Abschnitt 40.14 EBM),
10. Zusatzpauschalen ärztliche Betreuung bei Apheresen (GOP 13620 bis 13622),
11. Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (GOP 30920, 30922 und 30924),
12. Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426),
13. Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (Abschnitt 35.2 EBM sowie GOP 35150D/P/Q/R),
14. Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM mit Ausnahme der GOP 13594 bis 13598, 13620 bis 13622 sowie 13970 bis 13972),
15. Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse sowie pädiatrische Versichertenpauschalen, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden (Abschnitt 4.5.4 EBM sowie GOP 04040D, 04230D, 04231D, 04000E, 04000I, 04040K, 04000L, 04040L, 04000M, 04000N, 04000O, 04000P und 04000Q),
16. Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin (GOP 08311T, 08312, 08313, 26310T, 26311T, 26316, 26317 und 40161),
17. Verordnung von medizinischer Rehabilitation (GOP 01613),
18. Leistungen im Zweitmeinungsverfahren, mit Ausnahme von Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie), Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien), arthroskopischen Eingriffen an der Schulter, Implantationen einer Knieendoprothese, Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom, Eingriffen an der Wirbelsäule, kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen, Implantationen eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators sowie Cholezystektomien,
19. Neuropsychologische Leistungen (Abschnitt 30.11 EBM sowie GOP 30936 und 30937),
20. HIV-Resistenztestung (GOP 32821),
21. Osteodensitometrie zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung (GOP 34601),
22. Intravitreale Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 sowie 36371 bis 36373),
23. Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (GOP 04356),

24. Zuschläge zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222),
25. Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) (Abschnitt 34.7 EBM (mit Ausnahme der GOP 34720 und 34721) sowie GOP 40584),
26. Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM),
27. Besondere genetische Untersuchungen (GOP 11601 und 32911, Abschnitt 19.4.4 EBM sowie GOP 19457 bis 19459),
28. Leistungen zur Förderung der Delegation (GOP 38200, 38202, 38205 und 38207),
29. Kooperations- und Koordinationsleistungen (Abschnitt 37.2 EBM),
30. Herzkatheteruntersuchung (GOP 40306),
31. Medikationsplan (GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701),
32. Videosprechstunde und Videofallkonferenz (GOP 01443, 01450, 40128 und 40129),
33. Psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152),
34. Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus (GOP 02325 bis 02328),
35. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (Abschnitt 37.3 EBM sowie GOP 37307),
36. HLA-Antikörperdiagnostik (GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 sowie 32948 bis 32950),
37. Notfalldatenmanagement (GOP 01640 bis 01642),
38. Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit (GOP 34298 und 40301),
39. Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris (GOP 30440),
40. Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V (GOP 37400),
41. Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels bzw. Empfehlungen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 01540 bis 01546, 01549, 02102, 02345, 04538, 13678,

- 30320 bis 30323, 30326, 32820, 32867 bis 32869, 33105, 34720, 34721, 40167 und 40585),
42. Hornhautvernetzung mit Riboflavin (GOP 06362 und 40681),
  43. Optische Kohärenztomographie (GOP 06336 bis 06339),
  44. Biomarkerbasierter Test beim primären Mammakarzinom (GOP 08347, 13507, 19503 bis 19506),
  45. Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Verwendung endoskopischer Zusatzinstrumente als Einmalprodukte, wenn diese im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T, jeweils einschließlich Suffixen, abgerechnet werden (GOP 40460B, 40460F, 40460M, 40461B, 40461F, 40461M, 40462B, 40462F und 40462M),
  46. Vakuumversiegelungstherapie von Wunden (GOP 02314 und 40900 bis 40903),
  47. Videokonsilium gemäß § 1 Abs. 5 der Telekonsilien-Vereinbarung (GOP 01670 bis 01672),
  48. Einsatz von Tumortheraiefeldern beim Glioblastom (Abschnitt 30.3.2 EBM),
  49. Erstbefüllung und Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (GOP 01431 und 01647),
  50. Leistungen im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen (GOP 01471 bis 01479, 30780 und 30781),
  51. Leistungen der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Abschnitt 8.6 EBM, Abschnitt 40.12 EBM sowie GOP 01510K, 01511K, 01512K, 02100K, 02341K, 05310K, 05330K, 05340K, 05341K, 05350K, 08575K, 32575K, 32614K, 32618K, 32660K, 32781K, 33043K, 33044K, 33064K und 33090K),
  52. Interstitielle LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom (GOP 25335 und 25336),
  53. Unterkieferprotrusionsschiene bei Schlafapnoe (GOP 30900U und 30901U bei Patienten zur Erstanpassung einer Unterkieferprotrusionsschiene oder Verlaufskontrolle einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene sowie GOP 30902 und 30905),
  54. Förderung der Gruppenpsychotherapie (GOP 35163D/K/N/R bis 35168D/K/N/R, 35163M/O/P/Q bis 35169M/O/P/Q für die in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen sowie GOP 35173 bis 35179),
  55. Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587, 40909 und 40910),

56. Komplexversorgung bei psychischen Erkrankungen (Abschnitt 37.5 EBM) sowie psychotherapeutische Gespräche, die häufiger als 15 Mal und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert im Behandlungsfall im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 EBM abgerechnet werden (GOP 22220M/Y und 23220M/Y),
57. Leistungen im Zusammenhang mit der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Abschnitt 37.7 EBM sowie GOP 09315A und 13662A/K),
58. Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen (GOP 01615),
59. Leistungen der invasiven Kardiologie (GOP 01521, 01522, 34291 und 34292),
60. Leistungen der externen elektrischen Kardioversion (GOP 04421, 05310E, 05341E, 13552, 33022E und 33023E),
61. Leistungen der Nachbeobachtung oder Überwachung (GOP 01500 bis 01503),
62. Leistungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz (GOP 01681 und 01682),
63. Laborgrundpauschalen für bestimmte Auftragsleistungen (GOP 01700 und 01701),
64. Meldung implantatbezogener Maßnahmen gemäß den Vorgaben des Implantateregistrierungsgesetzes (GOP 01965, 01966 und 40162),
65. Definierte ambulant durchführbare Operationen, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen bei Erbringung innerhalb bzw. außerhalb des AOP-Vertrags (GOP 02344, 33040C, 33042C/D, 33043C/D/E, 33050C, 33091C, 33092C, 34290, 34430C, 34441C und 34442C),
66. Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial Viren (GOP 01941 und 01942, bis 15.09.2026: GOP 01943),
67. Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten gemäß Long-COVID-RL (GOP 37800 bis 37802, 37804 und 37806),
68. Computertomographie-Koronarangiographie (GOP 34370 und 34371),
69. Komplexversorgung bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen (Abschnitt 37.6 EBM) sowie psychotherapeutische Gespräche, die häufiger als 15 Mal und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert im Behandlungsfall im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.6 EBM abgerechnet werden (GOP 22220N/Z und 23220N/Z).

Aktuell wird überprüft, ob die Mengenentwicklung der Leistungen nach der Ziffer 13 weiterhin überproportional im Verhältnis zur Veränderungsrate ansteigt oder ob aufgrund einer Stabilisierung eine Eindeckelung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung möglich ist. In diesem Fall erfolgt die Eindeckelung unter der Berücksichtigung einer Abstaffelungsquote von eins, sofern und soweit die Ausgliederung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter der

Berücksichtigung einer Abstufungsquote von eins erfolgte und die Partner der Gesamtverträge nichts anderes vereinbaren.

### **3. Empfehlung zur Überführung von Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach erfolgter Prüfung**

Der Bewertungsausschuss gibt nach erfolgter Prüfung für die Leistungen

- Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360),
- Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind, hier: Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia) (GOP 30133 und 30134),
- Besuchsleistungen im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie (GOP 01410K und 01413K),
- Untersuchung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2 (GOP 32779 und 32816),
- Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels bzw. Empfehlungen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind, hier: Bestimmung von Antikörpern gegen Adeno-assoziierte Viren (AAV-Antikörper-Nachweis) (GOP 32674),
- Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (GOP 01833),
- Besondere genetische Untersuchungen, hier: Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus (GOP 32865)

zum 1. Januar 2026 folgende Empfehlung 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 ab:

1. Die Vergütung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01833, 13360, 30133, 30134, 32674, 32779, 32816 und 32865 sowie der nicht hausärztlich erbrachten Besuchsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410K und 01413K erfolgt ab dem 1. Januar 2026 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Bei der Überführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01833, 13360, 30133, 30134, 32674, 32779, 32816 und 32865 sowie der nicht hausärztlich erbrachten Besuchsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410K und 01413K in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist das vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025, bzw.

entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 2.2.1.2 beschlossene Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung anzuwenden.

2. Die Vergütung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 04590 erfolgt ab dem 1. Januar 2026 innerhalb der auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Bei der Überführung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 04590 in die auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist das vom Bewertungsausschuss in seiner 653. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 5 beschlossene Verfahren anzuwenden, wobei die KV-spezifische Abstufungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025, auf eins gesetzt wird.
3. Die Vergütung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 03355 sowie der hausärztlich erbrachten Besuchsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410K und 01413K erfolgt ab dem 1. Januar 2026 innerhalb der auf den Versorgungsbereich der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Bei der Überführung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 03355 sowie der hausärztlich erbrachten Besuchsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410K und 01413K in die auf den Versorgungsbereich der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist das vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025, bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, in Teil A unter Nr. 3.3 i. V. m. Nr. 4 beschlossene Verfahren anzuwenden, wobei die KV-spezifische Abstufungsquote in Nummer 2.2.1.2 Ziffer 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025, auf eins gesetzt wird.

#### **4. Inkrafttreten**

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2026 in Kraft.

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 788. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2026 mit Wirkung zum 1. Januar 2026**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V Empfehlungen zur Bestimmung von nach § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen sowie gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Empfehlungen zur Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

#### **2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe**

Der Beschluss enthält in Nummer 2 Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Diese Empfehlungen schreiben die zuletzt vom Bewertungsausschuss in seiner 726. Sitzung am 14. August 2024, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 740. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) für das Jahr 2025 vorgegebene Abgrenzung – unter Berücksichtigung erforderlich gewordener Aktualisierungen – fort.

Gemäß Nummer 3 des Beschlusses werden mit Wirkung zum 1. Januar 2026 folgende Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt.

#### Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstiellen Glukosemessung:

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017 wurden die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03355, 04590 und 13360 mit Wirkung zum 1. April 2017 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die extrabudgetäre

Vergütung ist dabei gemäß Finanzierungsempfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017 Nummer 5 i. V. m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014 Nummer 5 so lange vorgesehen, bis die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht mehr erfordert.

Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind, hier: Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palfordia):

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 590. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurden die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30133 und 30134 mit Wirkung zum 1. Juli 2022 in den EBM aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß Finanzierungsempfehlung in Teil B des genannten Beschlusses Nummer 2 i. V. m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014 Nummer 5 so lange vorgesehen, bis die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht mehr erfordert.

Besuchsleistungen im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie:

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung am 4. August 2021 wurden die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie mit Wirkung zum 1. Oktober 2021 im EBM angepasst, in der Folge mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung (Suffix „K“) versehen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß Finanzierungsempfehlung in Teil B des genannten Beschlusses Nummer 5 i. V. m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014 Nummer 5 so lange vorgesehen, bis die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht mehr erfordert.

Untersuchung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2:

Mit den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 468. und 525. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurden die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 32816 mit Wirkung zum 1. Februar 2020 und nach der Gebührenordnungsposition 32779 mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 in den EBM aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß den Finanzierungsempfehlungen in Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 468. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Nummer 2 bzw. in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 525. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Nummer 2 i. V. m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in

seiner 323. Sitzung am 25. März 2014 Nummer 5 so lange vorgesehen, bis die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht mehr erfordert.

Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels bzw. Empfehlungen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind, hier: Bestimmung von Antikörpern gegen Adeno-assoziierte Viren (AAV-Antikörper-Nachweis):

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 647. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurden die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 32674 mit Wirkung zum 1. Juli 2023 in den EBM aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß Finanzierungsempfehlung in Teil C des genannten Beschlusses Nummer 2 i. V. m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014 Nummer 5 so lange vorgesehen, bis die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht mehr erfordert.

Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis:

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 228. Sitzung am 1. Juli 2010 wurden die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01833 mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 in den EBM aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß Protokollnotiz Nr. 1 des genannten Beschlusses so lange vorgesehen, bis der Bewertungsausschuss eine Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung beschließt.

Besondere genetische Untersuchungen, hier: Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus:

Mit Beschlussteil C des Bewertungsausschusses in seiner 376. Sitzung am 22. Juni 2016 wurden die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 32865 mit Wirkung zum 1. Juli 2016 in den EBM aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß Finanzierungsempfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 376. Sitzung am 22. Juni 2016 Nummer 5 i. V. m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014 Nummer 5 so lange vorgesehen, bis die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht mehr erfordert.

Der Bewertungsausschuss hat die Mengenentwicklung der vorgenannten Leistungen überprüft und empfiehlt deren Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

Der Verweis in Abschnitt 3 Nummer 2 des vorliegenden Beschlusses auf Nummer 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

bzw. entsprechender Folgebeschlüsse stellt klar, dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 04590 zu erhöhen ist und dabei das Volumen der Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in seiner gesamten Höhe dem Volumen der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugeordnet wird.

Der Verweis in Abschnitt 3 Nummer 3 des vorliegenden Beschlusses auf die Nummern 3.3 und 4 des Beschlussteils A des Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025 bzw. entsprechender Folgebeschlüsse stellt klar, dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 03355 sowie für die hausärztlich erbrachten Besuchsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410K und 01413K zu erhöhen ist und dabei das Volumen der Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in seiner gesamten Höhe dem Volumen der auf den Versorgungsbereich der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugeordnet wird.

Das Verfahren zur Überführung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 04590 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bzw. in die auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin entfallende morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 03355 und der hausärztlich erbrachten Besuchsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410K und 01413K in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bzw. in die auf den Versorgungsbereich der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallende morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird dahingehend konkretisiert, dass 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 Teil C des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025, auf eins gesetzt wird. Aus Vereinfachungsgründen wird mit dem vorliegenden Beschluss von einer Differenzierung der KV-spezifischen Abstaffelungsquote je Quartal abgesehen.

Das gewählte Vorgehen bei der Überführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 04590 und 03355 sowie der hausärztlich erbrachten Besuchsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410K und 01413K stellt kein Präjudiz für weitere in Zukunft zu überführende Leistungen dar.

### **3. Inkrafttreten**

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2026 in Kraft.