B E S C H L U S S

des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 88. Sitzung am 25. August 2026

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2027

---

1. Änderung der Nr. 6 des fünften Absatzes der Nr. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM

6. Die Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Abs. 5 ist auf 50 % aller Behandlungsfälle der Arztpraxis begrenzt. Dabei sind jeweils Behandlungsfälle mit ausschließlichen Leistungen im Rahmen der Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst und Behandlungsfälle gemäß ~~**4.3.10.2 der Allgemeinen Bestimmungen**~~**§ 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 4 SGB V** (TSS-Akutfälle) nicht zu berücksichtigen.

2. Änderung der Nr. 4.3.10.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM

Für die Behandlung eines Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS (Terminservicestellen-Terminfall, kurz: TSS-Terminfall) erhält der Arzt einen Aufschlag auf die jeweilige Versicherten~~**-, Grund oder Konsiliar**~~pauschale in Form eines Zuschlags. ~~**Für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und Gebührenordnungsposition 01720) aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS erhält der Arzt einen Aufschlag in Form einer Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710.**~~

Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Terminvermittlung durch die TSS gemäß § 75 Absatz 1a Satz 3 bis zum Tag der Behandlung und beträgt

- ab dem gleichen bis 4. Kalendertag nach der Terminvermittlung 100 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten~~**-, Grund- oder Konsiliar**~~pauschale
- vom 5. bis 14. Kalendertag nach der Terminvermittlung 80 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten~~**-, Grund- oder Konsiliar**~~pauschale
- vom 15. bis 35. Kalendertag nach der Terminvermittlung 40 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten~~**-, Grund- oder Konsiliar**~~pauschale.

~~**Die Höhe der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage bis zum Tag der Behandlung und beträgt**~~

~~- vom gleichen bis 4. Kalendertag nach der Terminvermittlung 217 Punkte~~

~~- vom 5. bis 14. Kalendertag nach der Terminvermittlung 173 Punkte~~

~~- vom 15. bis 35. Kalendertag nach der Terminvermittlung 87 Punkte.~~

Bei der Abrechnung des Zuschlags ~~bzw. der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710~~ ist das zutreffende Zeitintervall des TSS-Terminfalls durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Der Zuschlag kann nur in Fällen mit Versicherten~~-, Grund- oder Konsiliar~~pauschale berechnet werden.
~~Die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 kann nur in Fällen, in denen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und Gebührenordnungsposition 01720) durchgeführt werden, berechnet werden.~~
Der Zuschlag ~~bzw. die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710~~ ist nicht in die Berechnung von Abschlägen und Aufschlägen, die auf die Versicherten~~-, Grund- bzw. Konsiliar~~pauschalen vorgenommen werden, einzubeziehen.
Der Zuschlag ~~bzw. die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710~~ ist im Arztgruppenfall insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) oder durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) erfolgt.

3. Änderung der Nr. 4.3.10.2 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM

Gemäß § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 4 SGB V ist Versicherten durch die TSS in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln (Terminservicestellen-Akutfall, kurz: TSS-Akutfall).

Für die Behandlung eines Versicherten aufgrund der Vermittlung eines TSS-Akutfalls erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 200 % auf die jeweilige Versicherten~~-, Grund- oder Konsiliar~~pauschale in Form eines Zuschlags. Der Zuschlag ist nur berechnungsfähig, wenn der vermittelte Termin spätestens am Kalendertag nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS und Einschätzung als TSS-Akutfall erfolgt.

Bei der Abrechnung des Zuschlags ist der TSS-Akutfall durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Der Zuschlag kann nur in Fällen mit Versicherten~~-, Grund- oder Konsiliar~~pauschale berechnet werden.

Der Zuschlag ist nicht in die Berechnung von Abschlägen und Aufschlägen, die auf die Versicherten~~-, Grund- bzw. Konsiliar~~pauschalen vorgenommen werden, einzubeziehen.

Der Zuschlag ist im Arztgruppenfall einmal berechnungsfähig. Das gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten

aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) oder durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) erfolgt.

4. Änderung der Nr. 4.3.10.3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM

Für die Vermittlung eines Behandlungstermins gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt ist die Gebührenordnungsposition 03008 bzw. 04008 unter Berücksichtigung der jeweiligen Abrechnungsbestimmungen berechnungsfähig.

Für die Behandlung eines Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V durch den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V (Hausarztvermittlungsfall) erhält der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt einen Aufschlag auf die jeweilige Versicherten~~**-, Grund- oder Konsiliar**~~pauschale in Form eines Zuschlags. Der Zuschlag ist berechnungsfähig, sofern eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- die Behandlung des Versicherten beginnt spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt

oder

- die Behandlung des Versicherten beginnt spätestens am 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt und eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) war aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar.

Der Zuschlag ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient bei der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppe derselben Praxis in demselben Quartal bereits behandelt wurde.

Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt bis zum Tag der Behandlung und beträgt

- ab dem gleichen bis zum 4. Kalendertag nach der Feststellung 100 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten~~**-, Grund- oder Konsiliar**~~pauschale
- vom 5. bis 14. Kalendertag nach der Feststellung 80 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten~~**-, Grund- oder Konsiliar**~~pauschale
- vom 15. bis 35. Kalendertag nach der Feststellung 40 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten~~**-, Grund- oder Konsiliar**~~pauschale.

Bei der Abrechnung des Zuschlags ist das zutreffende Zeitintervall des Hausarztvermittlungsfalls durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Der Zuschlag kann nur in Fällen mit Versicherten~~**-, Grund- oder Konsiliar**~~pauschale berechnet werden.

Der Zuschlag ist nicht in die Berechnung von Abschlägen und Aufschlägen, die auf die Versicherten**~~-, Grund- bzw. Konsiliar~~**pauschalen vorgenommen werden, einzubeziehen.

Der Zuschlag ist im Arztgruppenfall insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) oder durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) erfolgt.

5. Streichung der Gebührenordnungspositionen 01322 und 01323 im Abschnitt 1.3 EBM

6. Streichung der Gebührenordnungsposition 01710 im Abschnitt 1.7.1 EBM

7. Änderung der vierten Bestimmung zum Abschnitt 4.5.4 EBM

4. Neben den Gebührenordnungspositionen 04564 bis 04566, 04572 und 04573 sind aus den Abschnitten 1.1, 1.2, 1.3 und 1.4 nur die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01220 bis 01222, 01320**~~, bis 01323~~01321**, 01411, 01412 und 01415 berechnungsfähig.

8. Streichung der Gebührenordnungsposition 05228 im Abschnitt 5.2 EBM

9. Streichung der Gebührenordnungsposition 06228 im Abschnitt 6.2 EBM

10. Streichung der Gebührenordnungsposition 07228 im Abschnitt 7.2 EBM

11. Streichung der Gebührenordnungsposition 08228 im Abschnitt 8.2 EBM

12. Streichung der Gebührenordnungsposition 09228 im Abschnitt 9.2 EBM

13. Streichung der Gebührenordnungsposition 10228 im Abschnitt 10.2 EBM

14. Streichung der Gebührenordnungsposition 11228 im Abschnitt 11.2 EBM

15. Streichung der Gebührenordnungsposition 13228 im Abschnitt 13.2.1 EBM

16. Streichung der Gebührenordnungsposition 13298 im Abschnitt 13.3.1 EBM

17. Streichung der Gebührenordnungsposition 13298 in der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13294 im Abschnitt 13.3.1 EBM

18. Streichung der Gebührenordnungsposition 13348 im Abschnitt 13.3.2 EBM

19. Streichung der Gebührenordnungsposition 13348 in der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13344 im Abschnitt 13.3.2 EBM

20. Streichung der Gebührenordnungsposition 13398 im Abschnitt 13.3.3 EBM

21. Streichung der Gebührenordnungsposition 13398 in der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13394 im Abschnitt 13.3.3 EBM

22. Streichung der Gebührenordnungsposition 13498 im Abschnitt 13.3.4 EBM

23. Streichung der Gebührenordnungsposition 13498 in der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13494 im Abschnitt 13.3.4 EBM

24. Streichung der Gebührenordnungsposition 13548 im Abschnitt 13.3.5 EBM

25. Streichung der Gebührenordnungsposition 13548 in der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13543 im Abschnitt 13.3.5 EBM

26. Streichung der Gebührenordnungsposition 13598 im Abschnitt 13.3.6 EBM

27. Streichung der Gebührenordnungsposition 13598 in der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13594 im Abschnitt 13.3.6 EBM

28. Änderung der dritten Bestimmung zum Abschnitt 13.3.6 EBM

3. Neben den Gebührenordnungspositionen 13610, 13611, 13612, 13620, 13621 und 13622 sind aus den Abschnitten 1.1, 1.2, 1.3 und 1.4 nur die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01220 bis 01222, 01320**, ~~bis 01323~~01321**, 01411, 01412 und 01415 berechnungsfähig.

29. Streichung der Gebührenordnungsposition 13648 im Abschnitt 13.3.7 EBM

30. Streichung der Gebührenordnungsposition 13648 in der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13644 im Abschnitt 13.3.7 EBM

31. Streichung der Gebührenordnungsposition 13698 im Abschnitt 13.3.8 EBM

32. Streichung der Gebührenordnungsposition 13698 in der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13694 im Abschnitt 13.3.8 EBM

33. Streichung der Gebührenordnungsposition 14218 im Abschnitt 14.2 EBM

34. Streichung der Gebührenordnungsposition 15228 im Abschnitt 15.2 EBM

35. Änderung der Nr. 2 der Präambel 16.1 EBM

2. Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Fachärzte, die Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind, berechnen abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen immer die Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 21213 bis den 21215 sowie den Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21225 **~~und den Zuschlag für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt nach der Gebührenordnungsposition 21237~~**. Der Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 nach der

Gebührenordnungsposition 21228 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

36. Streichung der Gebührenordnungsposition 16228 im Abschnitt 16.2 EBM

37. Streichung der Gebührenordnungsposition 17228 im Abschnitt 17.2 EBM

38. Streichung der Gebührenordnungsposition 18228 im Abschnitt 18.2 EBM

39. Streichung der Gebührenordnungsposition 20228 im Abschnitt 20.2 EBM

40. Änderung des ersten Satzes der Nr. 2 der Präambel 21.1 EBM

2. Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Fachärzte, die Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind, berechnen abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen immer die Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sowie den Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21225 ~~**und den Zuschlag für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt nach der Gebührenordnungsposition 21237**~~.

41. Streichung der Gebührenordnungspositionen 21236 und 21237 im Abschnitt 21.2 EBM

42. Streichung der Gebührenordnungsposition 22228 im Abschnitt 22.2 EBM

43. Streichung der Gebührenordnungspositionen 23228 und 23229 im Abschnitt 23.2 EBM

44. Streichung der Gebührenordnungsposition 24228 im Abschnitt 24.2 EBM

45. Streichung der Gebührenordnungspositionen 25228, 25229 und 25230 im Abschnitt 25.2 EBM

46. Streichung der Gebührenordnungsposition 26228 im Abschnitt 26.2 EBM

47. Streichung der Gebührenordnungsposition 27228 im Abschnitt 27.2 EBM

48. Änderung der dritten Bestimmung zum Abschnitt 30.7 EBM

3. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30702 ist auf höchstens 300 Behandlungsfälle je Vertragsarzt, der über eine Genehmigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt, pro Quartal begrenzt. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung **gemäß § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 1 und Nr. 4 SGB V** und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß **§ 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V** ~~**Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3**~~ nicht zu berücksichtigen. Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus

Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.

49. Änderung der sechsten Bestimmung zum Abschnitt 30.7 EBM

6. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist weiterhin, dass in der schmerztherapeutischen Einrichtung ausschließlich bzw. weit überwiegend chronisch schmerzkranke Patienten entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie behandelt werden. Es sind regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranke Patienten im Quartal zu betreuen. Die schmerztherapeutische Einrichtung muss an vier Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorhalten, in denen ausschließlich chronisch schmerzkranke Patienten behandelt werden. Der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten muss mindestens 75 % betragen. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung **gemäß § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 1 und Nr. 4 SGB V** und/oder einer Vermittlung durch den Hausarzt gemäß **§ 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V ~~Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3~~** bei der Gesamtzahl der Patienten nicht zu berücksichtigen. Die Gesamtzahl der schmerztherapeutisch betreuten Patienten darf die Höchstzahl von 300 Behandlungsfällen pro Vertragsarzt pro Quartal nicht überschreiten. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung **gemäß § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 1 und Nr. 4 SGB V** und/oder einer Vermittlung durch den Hausarzt gemäß **§ 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V ~~Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3~~** nicht zu berücksichtigen. Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.

50. Streichung der Gebührenordnungsposition 30705 im Abschnitt 30.7.1 EBM

51. Streichung der mit den vorgenannten Nummern gestrichenen Gebührenordnungspositionen (mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01710 gemäß Nr. 5) in den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 und 36.2.1 Nr. 4 EBM

52. Streichung der mit den vorgenannten Nummern (mit Ausnahme der Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01710 gemäß Nr. 5) gestrichenen Gebührenordnungspositionen in der Präambel 31.6.1 Nr. 1 EBM

53. Streichung der mit den vorgenannten Nummern gestrichenen Gebührenordnungspositionen im Anhang 3 zum EBM

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 88. Sitzung am 25. August 2026 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2027

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

Der Artikel 1 Nr. 31 lit. d des Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 24. Juli 2026 ist mit Wirkung zum 30. Juli 2026 in Kraft getreten. Mit dem Inkrafttreten erfolgt eine Änderung von § 87 Abs. 2c Satz 3 SGB V, mit der die rechtliche Grundlage für Zuschläge auf die jeweilige Grundpauschale für Behandlungen, die aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) nach § 75 Abs. 1a Satz 3 SGB V und/oder aufgrund einer Vermittlung durch den Hausarzt nach § 73 Abs.1 Satz 2 Nr. 2 SGB V erfolgen, entfallen ist.

3. Regelungsinhalt

Mit dem vorliegenden Beschluss streicht der Erweiterte Bewertungsausschuss aufgrund der geänderten gesetzlichen Vorgaben die arztgruppenspezifischen Zuschläge auf die Grund- und Konsiliarpauschalen für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3. Des Weiteren erfolgt die Streichung der Zusatzpauschale für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern aufgrund einer TSS-Vermittlung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1 nach der Gebührenordnungsposition 01710, die der Bewertungsausschuss mit Beschluss in seiner 458. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in Anlehnung an die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz entfallene gesetzliche Grundlage aufgenommen hatte. Die Pflicht des Vertragsarztes zur Durchführung der entsprechenden Tätigkeiten in den rechtlich vorgegebenen Fällen bleibt hiervon unberührt.

In den Allgemeinen Bestimmungen 4.3.10.1 bis 4.3.10.3, die übergreifende Regelungen zur Berechnung der Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen bzw. der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt beinhalten, werden zudem die Bezüge auf die Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Regelungen zur Gebührenordnungsposition 01710 gestrichen.

Zusätzlich erfolgen verschiedene Folgeanpassungen im EBM.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2027 in Kraft.