

BESCHLUSS

des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 132. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V

mit Wirkung zum 1. Januar 2026

Präambel

Der ergänzte Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V hat gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) zu bestimmen. Der Behandlungsumfang der ASV ergibt sich gemäß § 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den jeweiligen Anlagen.

Der Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 119. Sitzung am 17. Juli 2025 bestimmt, dass der ergänzte Bewertungsausschuss die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen durch Beschlüsse an Aktualisierungen des EBM anpasst, sofern der Behandlungsumfang dadurch nicht verändert wird. Mit dem vorliegenden Beschluss passt der ergänzte Bewertungsausschuss die abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen zu den Anlagen

- 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung
- 2 n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern – Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation

der ASV-RL aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 709. Sitzung zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2026 wie folgt an:

Änderung der abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des EBM gemäß Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 132. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) entsprechend der oben genannten Anlagen der ASV-RL:

Aufnahme folgender Gebührenordnungsposition mit Wirkung zum 1. Januar 2026			
Ab-schnitt	GOP	Kurzlegende	Fachgruppe
40.3	40090	Zuschlag für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Entnahmematerial (Probenentnahmegefäße und/oder -systeme einschließlich Systemkanülen, Sammelgefäße, Objektträger)	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2026

1. Änderung der 9. Bestimmung im Bereich VII EBM

Onkologische Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V, die ~~im Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung~~ unter Nr. 2 der Anlagen der ASV-RL unter „Weitere spezifische Leistungen“ aufgeführt und noch nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildet und der Vereinbarung über die qualifizierte Versorgung krebserkrankter Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) entnommen sind (einschließlich der palliativmedizinischen Versorgung gemäß der Kostenpauschale 86518), sind bis zur Aufnahme in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach den Kostenpauschalen des Anhangs 2 der Vereinbarung über die qualifizierte Versorgung krebserkrankter Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) berechnungsfähig. Es gelten die Zulassungsvoraussetzungen des entsprechenden Beschlusses des G-BA. Die Kostenpauschalen sind im Laufe eines Kalendervierteljahres jeweils nur von einem Arzt des Kernteams, der die Anforderungen der ASV-RL und der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen zur ASV-RL erfüllt, berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte des Kernteams in die Behandlung eingebunden sind (z. B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung). Abweichend von den Sätzen 3 und 4 sind die Kostenpauschalen (mit Ausnahme der palliativmedizinischen Versorgung gemäß der Kostenpauschale 86518) bei Vorliegen voneinander unabhängiger Tumorerkrankungen und bei gleichzeitiger Behandlung im Rahmen der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen zur ASV-RL durch ein ASV-Team bzw. durch denselben Arzt in unterschiedlichen ASV-Teams erkrankungsspezifisch berechnungsfähig.

2. Änderung der 12. Bestimmung im Bereich VII EBM

Sofern die Kostenpauschalen **86510 oder** 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) im Rahmen der Behandlung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V nach Nr. 9 dieses Bereichs berechnet wird, sind die Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, **10345**, 13435, **13675**, **15345**, **26315** und 51040 bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr nicht berechnungsfähig. Im Laufe eines Kalendervierteljahres ist von dem für die Koordination der Behandlung verantwortlichen Arzt des Kernteams nur die Zusatzpauschale Onkologie (Gebührenordnungsposition 07345, 08345, 09345, **10345**, ~~oder~~ 13435, **13675**, **15345 oder** **26315**), die Gebührenordnungsposition 51040 oder die Kostenpauschalen **86510 oder** 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) berechnungsfähig.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 132. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2026

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren im ergänzten Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 9 SGB V.

2. Regelungshintergrund

Der ergänzte Bewertungsausschuss ist dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 709. Sitzung bereits mit seinen Beschlüssen in der 108. und 123. Sitzung gefolgt und hat die abrechnungsfähigen GOP in der ASV an den aktuellen Stand des EBM angepasst. Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17. Juli 2025 über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 10 : Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung und Tumoren der Bauchhöhle sowie Anlage 2 n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern – Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation – Appendizes, welcher am 11. Dezember 2025 in Kraft getreten ist, werden in beiden Anlagen Leistungen der Abschnitte 19.4 und 32.3 EBM auch für die Kernteam-Fachgruppe Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie in den Behandlungsumfang aufgenommen. Konsistent zu den bisherigen Beschlüssen des ergänzten

Bewertungsausschusses in seiner 108. und 123. Sitzung ist daher die Kostenpauschale 40090 auch für die Fachgruppe Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie in den beiden oben benannten Anlagen abrechenbar zu machen.

3. Regelungsinhalte

Mit vorliegendem Beschluss wird die auch bei Eigenerbringung abrechenbare Kostenpauschale 40090 (Zuschlag zu den GOP 01724, 01738, 01743, 01756, 01762, 01763, 01766 bis 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01816, 01826, 01833, 01840, 01865, 01869, 01870, 01915, 01931 bis 01936, 12224 und zu den GOP der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 30.12.2 und 32.3 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Entnahmematerial) als abrechenbare Leistung bei den Anlagen 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung und Tumoren der Bauchhöhle und 2 n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern – Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation für die Fachgruppe Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie aufgenommen.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt 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, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren im ergänzten Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 9 SGB V.

2. Regelungshintergrund und -inhalt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17. Oktober 2024 einen Beschluss über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL): Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gefasst, welcher am 29. Mai 2025 in Kraft getreten ist. Dieser sieht u. a. vor, dass die Appendizes nach einer Beschlussfassung des ergänzten Bewertungsausschusses zur Abrechnungsfähigkeit der dort aufgeführten Leistungen außer Kraft treten. Leistungen, die noch nicht im EBM enthalten sind, sind auch in den jeweiligen Anlagen der ASV-RL unter der Nummer 2 „Weitere spezifische Leistungen“ zum Behandlungsumfang gehörend aufgeführt.

Durch die vorliegende Beschlussfassung wird unter der Nummer 1 eine redaktionelle Anpassung im Bereich VII EBM in der 9. Bestimmung vorgenommen, indem der Verweis auf die Appendizes der ASV-RL gestrichen und stattdessen auf die Nummer 2 „Weitere spezifische Leistungen“ verwiesen wird. Zudem erfolgen in der Nummer 2 des Beschlusses Änderungen in der 12. Bestimmung im Bereich VII EBM, da diese in den weiteren spezifischen Leistungen der ASV-RL in den Indikationen Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung sowie Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation aufgeführt sind.

3. Inkrafttreten

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