

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 773. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Juli 2025

Änderung der Tabelle in der vierten Bestimmung zum Abschnitt 32.1 EBM

Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Unterer begren- zender Fallwert in Euro	Oberer begren- zender Fallwert in Euro
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	1,60 1,42	3,80 3,37
4	Kinder- und Jugendmedizin	0,90 0,83	2,40 2,21
7	Chirurgie	0,00	0,40 0,37
8	Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	1,00 0,95	2,60 2,47
8	Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08535, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558 berechnen	3,90 3,71	60,80 57,88
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,10	0,80 0,77
10	Dermatologie	0,50 0,47	2,30 2,18
11	Humangenetik	0,00	2,80 2,57
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	1,20 1,08	4,60 4,15

13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	0,20 0,18	2,00 1,78
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	12,60 11,39	71,70 64,79
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	1,60 1,44	6,30 5,68
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	10,90 9,88	30,50 27,65
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	0,30 0,24	1,50 1,22
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	22,20 19,25	55,90 48,48
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	0,80 0,72	5,20 4,68
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	8,40 7,58	35,30 31,86
16	Neurologie, Neurochirurgie	0,00	0,90 0,80
17	Nuklearmedizin	0,10 0,09	17,90 16,60
18	Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie	0,00	0,40 0,35
18	Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungsposition 18700 berechnen	0,20 0,18	1,40 1,23
20	Phoniatry, Pädaudiologie	0,00	0,40 0,38
21	Psychiatrie	0,00	0,30 0,27
26	Urologie	2,40 2,27	7,10 6,73
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	0,00	0,30 0,27
30.7	Schmerztherapie	0,00	0,40 0,35

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Juli 2025

1. Änderung der vierten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01437 im Abschnitt 1.4 EBM

Die Gebührenordnungsposition 01437 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, desr Abschnittse 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

2. Änderung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01700 im Abschnitt 1.7 EBM

Die Gebührenordnungsposition 01700 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, desr Abschnittse 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

3. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01701 im Abschnitt 1.7 EBM

Die Gebührenordnungsposition 01701 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, desr Abschnittse 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

4. Änderung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 12222 im Abschnitt 12.2 EBM

Die Gebührenordnungsposition 12222 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, desr Abschnittse 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

5. Änderung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 12223 im Abschnitt 12.2 EBM

Die Gebührenordnungsposition 12223 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, desr Abschnittse 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

6. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 12224 im Abschnitt 12.2 EBM

Die Gebührenordnungsposition 12224 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, desr Abschnittse 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

7. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 40091 im Abschnitt 40.3 EBM

Die Gebührenordnungsposition 40091 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, desr Abschnittse 1.3 und 11.2 sowie den

Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

8. Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 40092 im Abschnitt 40.3 EBM

Die Gebührenordnungsposition 40092 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, desr Abschnitte 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

9. Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 40093 im Abschnitt 40.3 EBM

Die Gebührenordnungsposition 40093 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, desr Abschnitte 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

10. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 40094 im Abschnitt 40.3 EBM

Die Gebührenordnungsposition 40094 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, desr Abschnitte 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

11. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 40095 im Abschnitt 40.3 EBM

Die Gebührenordnungsposition 40095 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4,

*den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13
bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, ~~des~~
Abschnittse 1.3 und 11.2 sowie den
Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210,
24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und
25214 berechnungsfähig.*

**12. Aufnahme der analogen Berechnungsausschlüsse für die genannten
Gebührenordnungspositionen**

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 773. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2025

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 Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 709. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurden Kostenpauschalen für in-vitro-diagnostische Leistungen und das laborärztliche Honorar im EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2025 neu geregelt. Die Gegenfinanzierung erfolgte durch Bewertungsanpassungen der technischen Leistungen der In-vitro-Diagnostik. Der Wirtschaftlichkeitsbonus wird gemäß 32.1 Nr. 4 EBM durch Vergleich des arztpraxisspezifischen Fallwertes mit dem arztgruppenspezifischen unteren und oberen begrenzenden Fallwert ermittelt. Die vorgenommenen Bewertungsanpassungen mindern die Kosten der eigenerbrachten und veranlassten In-vitro-Diagnostik der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und führen - bei sonst gleichen Bedingungen – zu niedrigeren arztpraxisspezifischen Fallwerten gemäß 32.1 Nr. 2 EBM. Mit dem vorliegenden Beschluss Teil A werden die arztgruppenspezifischen unteren und oberen begrenzenden Fallwerte in 32.1 Nr. 4 EBM abgesenkt, um die Auswirkung der Bewertungsanpassungen der In-vitro-Diagnostik in den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM auf die Höhe des Wirtschaftlichkeitsbonus auszugleichen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil A tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2025 in Kraft.

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2025

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 Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 709. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurden zum 1. Januar 2025 neue Gebührenordnungspositionen für das laborärztliche Honorar sowie neue Kostenpauschalen für in-vitro-diagnostische Leistungen in den EBM aufgenommen. Die neuen Gebührenordnungspositionen für das laborärztliche Honorar bzw. die neuen Kostenpauschalen für in-vitro-diagnostische Leistungen sind im Arztfall bzw. im Behandlungsfall gegen die Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, gegen die Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30, 37 und des Abschnitts 11.2 sowie gegen die Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 ausgeschlossen. Mit dem vorliegenden Beschluss Teil B werden diese Ausschlüsse gegen die Grundpauschalen des Abschnitts 1.3 nachgezogen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil B tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2025 in Kraft.