



Bundesamt für Soziale Sicherung, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

– ausschließlich per E-Mail –

An alle bundesunmittelbaren Krankenkassen

nachrichtlich

BMG
Aufsichtsbehörden der Länder
GKV-Spitzenverband
Bundesverband der Verbraucherzentralen e.V.
Stiftung UPD

Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Tel. +49 228 619 - 1700

Referat 211

bearbeitet von: Frau Sebastian

Referat211@bas.bund.de
www.bundesamtsozialesicherung.de

Bonn, 27. Oktober 2026

GZ: 211 - 10201#00009#0106
(bei Antwort bitte angeben)

Gesetzliche Krankenversicherung -Leistungen/ Aufklärung -

hier: Leistungsumfang/ Mehrkostenforderung für ambulante Kataraktoperationen

**Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner
86. Sitzung am 9. Juni 2026 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs
(EBM)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

aus aktuellem Anlass weisen wir darauf hin, dass das BAS in seiner Aufsichtspraxis immer wieder mit der Frage konfrontiert ist, welchen Leistungsanspruch Versicherte gegen ihre gesetzliche Krankenkasse haben, wenn sie sich einer Operation zur Behandlung des "Grauen Stars" (Katarakt) unterziehen müssen. Auch die Verbraucherzentralen und jüngst auch die Medien (Beitrag des NDR) berichten über große Unsicherheiten der Versicherten und eine zum Teil kritische Abrechnungspraxis durch manche Ärzte, die zu hohen Eigenanteilen der Versicherten führen.

Wichtig ist diesbezüglich vor allem, dass der Informationsbedarf der Versicherten durch ausreichendes Informationsmaterial der gesetzlichen Krankenkassen auf ihren Homepages oder in ihren Versichertenzeitschriften gedeckt werden muss.

Die aktuelle Beschlusslage im Erweiterten Bewertungsausschuss vom 1. Juli 2026 gibt Anlass, über die Rechtslage zu informieren. Insoweit wird auf die aktuelle Verlautbarung des GKV-Spitzenverbandes im Rundschreiben Nr. 2026/379 vom 15. Juli 2026 Bezug genommen und angeregt, die Information ihrer Versicherten zu intensivieren, um auch dadurch unzulässig hohe Eigenanteile der Versicherten bei Kataraktoperationen zu verhindern.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Juli 2026 Klarstellungen zum Sachleistungsumfang für GKV-Versicherte bei Operationen zur Behandlung des "Grauen Stars" (Kataraktoperationen) vorgenommen. Es erfolgten Änderungen der Nr. 19 in der Präambel 2.1 im Anhang des EBM.

Die Änderungen betreffen ambulante Operationen für GKV-Versicherte, die Sonderlinsen mit Zusatznutzen wählen, welche über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen (§ 33 Abs 9 SGB V). Mit dem Beschluss tritt der Erweiterte Bewertungsausschuss einer in Teilen zu beobachtenden Abrechnungspraxis operierender Augenärztinnen und -ärzte entgegen, im Falle der Wahl einer Sonderlinse GOÄ-Rechnungen für Operationsleistungen bzw. postoperative Überwachung und Behandlung gegenüber den Versicherten zu stellen.

Versicherteninformationen in kasseneigenen Medien, insbesondere im Internet sind aus unserer Sicht noch nicht in ausreichendem Umfang vorhanden. Die im Internet recherchierbaren Informationen stammen überwiegend von Leistungserbringenden und geben die Sachleistungsansprüche der GKV-Versicherten oft nicht zutreffend wieder. Auch werden veraltete Hinweise oft nicht gelöscht; dies verursacht Unklarheiten bei der Informationssuche der Betroffenen.

Wir regen daher an, insbesondere auf Ihren Homepages Informationen zum Leistungsanspruch der Versicherten bei Kataraktoperationen zu veröffentlichen, um Eigenanteile der Versicherten zu minimieren.

In der Anlage wird die Rechtslage sowohl bezüglich des Anspruchs auf die Linsen selbst, als auch in Bezug auf die ärztlichen Leistungen kompakt zusammengefasst. Wir würden uns freuen, wenn Sie unsere Anregung aufgreifen und für Ihre Versicherten auf Ihren Homepages diese Informationen über den Umfang des gesetzlichen Leistungsanspruchs bei

einer Kataraktoperation in geeigneter Weise veröffentlichen würden. Hierdurch könnten Sie auch außenwirksam darüber informieren, dass der gesetzliche Leistungsanspruch und damit das Leistungsangebot auch Ihrer Krankenkasse umfangreich ist, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und auch den medizinischen Fortschritt umfasst. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an uns.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Antje Domscheit

Anlage

Anlage

Rechtslage bezüglich des Anspruchs auf Leistungen bei ambulanten Operationen zur Behandlung des „Grauen Stars“ (Katarakt)

Sachleistungsanspruch

Sachkosten

Es gibt verschiedene Linsen, die bei einer Kataraktoperation eingesetzt werden. Wichtig sind aktuelle und verständliche Erläuterungen auf den Homepages der Krankenkassen dazu, welche Linsenarten zu den sogenannten Standardlinsen gehören (Stichwort: "asphärische Linsen"), für die keine Eigenanteile der Versicherten gezahlt werden müssen. Durch viele Sachkostenvereinbarungen wurden sie bereits ausdrücklich in den gesetzlichen Leistungskatalog aufgenommen.

Mehrkostenforderungen sind dann unzulässig. Nur bei der Wahl von Sonderlinsen, deren Preise wegen möglichen zusätzlichen Nutzens in Bezug z.B. auf Alterssichtigkeit, Hornhautverkrümmung oder Lichtschädigung die GKV-Sachkostenleistung übersteigen, entstehen für die Versicherten rechtmäßig Eigenanteile.

Ein Erkennen ggf. ungerechtfertigter Mehrkostenforderungen ist nur dann für Versicherte möglich, wenn sie durch eine Aufklärung zu dem Thema sensibilisiert sind.

Behandlungskosten

Eine Aufklärung hält das BAS des Weiteren in Bezug auf die im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschuss vorgenommene Beschränkung der Vergütungsforderungen für ärztliche Behandlungsleistungen für angezeigt. Bezogen auf den GKV-Sachleistungskatalog wird insbesondere in den entscheidungserheblichen Gründen Folgendes klargestellt:

Für GKV-Versicherte besteht ein Sachleistungsanspruch für alle Behandlungsschritte, die während der Kataraktoperation erbracht werden, oder die Teile der postoperativen Überwachung und Behandlung sind. Eine private Liquidation dieser Leistungen ist weder teilweise noch insgesamt zulässig. Erläuternd stellt der Erweiterte Bewertungsausschuss zudem klar, dass es ausgeschlossen ist, eine Privatabrechnung nach der GOÄ zu stellen und lediglich den EBM-Rechnungsbetrag in Abzug zu bringen.

Der vom Erweiterten Bewertungsausschuss klargestellte GKV-Sachleistungsanspruch ist nach Auffassung des BAS unabhängig von der Operationstechnik zu verstehen. Dies folgt insbesondere aus dem Ausschluss auch einer teilweisen Vergütungsforderung für einzelne Behandlungsschritte während der Operation. Damit umfasst der EBM auch den Einsatz von Lasern zur Unterstützung beim konventionellen Schnittverfahren und beim Verfahren zur Zertrümmerung der erkrankten Linse.

Diese Auslegung korrespondiert auch mit der Bewertung des unabhängigen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) des Gemeinsamen Bundesausschusses aus dem Jahr 2024. Danach besteht insgesamt für die untersuchten Endpunkte Visus, refraktive Treffsicherheit und sehkraft-bezogene Lebensqualität kein Beleg, Hinweis oder Anhaltspunkt für einen zusätzlichen Nutzen der untersuchten laserunterstützten Kataraktoperation im Vergleich zu einer manuellen Standard-Kataraktoperation. Gleichzeitig besteht nach der Bewertung des IQWiG auch kein Beleg, Hinweis oder Anhaltspunkt für einen geringeren oder höheren Schaden durch die untersuchte laserunterstützte Kataraktoperation gegenüber einer manuellen Standard-Kataraktoperation.

Nur andere, von der Operation und der postoperativen Überwachung und Behandlung unabhängige Leistungen, die wegen besonderer Eigenschaften einer Wunsch-Linse mit Zusatznutzen angeboten werden, dürfen privat mit den Versicherten auf der Grundlage von § 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) abgerechnet werden. Hierbei handelt es sich bspw. um diagnostische Voruntersuchungen wie die optische Biometrie zur Stärkenberechnung der künstlichen Linse.

Aktuell sind uns in dem Zusammenhang Überlegungen bekannt geworden, möglicherweise anstelle der Implantation einer Sonderlinse die Implantation einer Standardlinse und einer zweiten ("Add-on") Linse mit dem gewünschten Zusatznutzen anzubieten. Jede Linse habe dann eigene Therapieziele. Dies rechtfertige aus Sicht dieser Überlegungen offenbar, die EBM-Vergütung für die Kataraktbehandlung zu Lasten der GKV und eine zusätzliche GOÄ-Vergütungsforderung (GOÄ-Nr. 1352) gegenüber den Versicherten für die "Add-on-Linsenimplantation" zur rein refraktiven Behandlung zu fordern, auch wenn beide Linsen während derselben Operation implantiert werden.

Das BAS hat erhebliche Zweifel an einer solchen Argumentation. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seinem Beschluss vom 9. Juni 2026 klargestellt, dass eine parallele (Teil-)Privatliquidation des Eingriffs und der postoperativen Überwachung oder

Behandlung nicht erfolgen kann. Allenfalls kommt eine Tragung von zusätzlichen Sachkosten für die ("Add-on") Linse in Frage.

Kostenerstattung oder Behandlung auf eigene Kosten

Privatliquidationen für Kataraktoperationen und für die postoperative Behandlung und Überwachung sind weiter zulässig, wenn Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs 2 SGB V gewählt haben, oder ausdrücklich entsprechend der Regelung in § 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 2 BMV-Ä die Behandlung auf eigene Kosten wünschen. Darauf weist der Erweiterte Bewertungsausschuss am Ende des Beschlusses vom 9. Juni 2026 hin. Auch dazu regen wir eine Aufklärung durch die gesetzlichen Krankenkassen an:

Augenärzte und -ärztinnen können den GKV-Versicherten die Implantation einer Wunschlinse und/oder den Einsatz eines Lasers zur Zertrümmerung der Linse anbieten. Dieses Leistungsangebot berechtigt sie aber nicht dazu, für diese Art der Operationsausführung von den Versicherten die Zustimmung zu einer privatärztlichen Leistungserbringung zu verlangen und die Vergütung für die Operation und postoperative Überwachung und Behandlung nach der GOÄ zu fordern.