

KVB • 80684 München
An alle Hausärzte

Referat Gesamtvergütung und
Honorarverteilung

Unser Zeichen: Ref GH
Ansprechpartner: KVB Servicecenter
Telefon: 089 57093-40010

Elsenheimerstraße 39
80687 München

10. Juni 2026

EBM: Neue hausärztliche Versorgungspauschale für Chroniker ab 1. Juli 2026

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bewertungsausschuss hat am 11. März 2026 nach Vorgabe des Gesetzgebers in seinem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) die Einführung einer Versorgungspauschale für Hausärzte beschlossen. Diese tritt zum 1. Juli 2026 in Kraft und ist für Patienten vorgesehen, die an nur einer chronischen Erkrankung ohne intensiven Betreuungsbedarf leiden und zur Therapie nur ein verschreibungspflichtiges Medikament einnehmen. Diese neue Versorgungspauschale deckt die Behandlung für zwei aufeinanderfolgende Quartale ab, so dass die betroffenen Patienten nicht mehr zwingend jedes Quartal persönlich in der Praxis erscheinen müssen. Die sehr komplexen Regelungen stellen wir Ihnen kurz dar.

Für welche Patienten gilt die neue Versorgungspauschale?

Die neue Versorgungspauschale gilt nur für eine spezifische Gruppe von Patienten, für die alle die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

Patientenalter: ab 18 Jahren bis einschließlich 74 Jahre

Nur eine einzige chronische Erkrankung aus dem nachfolgenden ICD-Katalog (nur eine Diagnose, gesichert!):

- Hypothyreose oder Autoimmunthyreoiditis: E03.0, E03.1, E03.4, E03.8, E03.9, E06.3
- Störungen des Lipoproteinstoffwechsels oder sonstige Lipidämien: E78.0, E78.2, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8-, E78.9
- Essentielle (primäre) Hypertonie ohne Vorliegen einer hypertensiven Krise: I10.0-, I10.00, I10.9-, I10.90
- Idiopathische Gicht: M10.0-

Kontinuierliche Arzneimitteltherapie mit nur einem (einzigem) verschreibungspflichtigen Medikament zu Lasten der GKV (gilt auch bei zwei Arzneimitteln, wenn diese jeweils aus

einem verschreibungspflichtigen Wirkstoff bestehen und ein entsprechendes Kombinationspräparat verfügbar ist, das ausschließlich aus einer Zusammensetzung dieser beiden Wirkstoffe besteht).

Kontinuierliche Betreuung: In den letzten vier Quartalen muss in mindestens drei Quartalen ein Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Praxis stattgefunden haben, davon mindestens zwei persönlich, einer davon ggf. per Videosprechstunde (analog Chronikerpauschale).

- ! **Liegen beim Patienten alle diese Voraussetzungen vor, ist vom Hausarzt die Versorgungspauschale abzurechnen.** Eine Abrechnung der Versicherten- und der Chronikerpauschale durch dieselbe Vertragsarztpraxis ist in diesen Fällen nicht gestattet.

Bei **allen anderen Patienten** können weiterhin die quartalsbezogene Versichertenpauschale und ggf. die Chronikerpauschale(n) berechnet werden, insbesondere

- bei Patienten mit einer anderen oder einer weiteren chronischen Erkrankung oder mit einer akuten Erkrankung, die eine hausärztliche Behandlung erfordert,
- bei Patienten, die kontinuierlich mit mehr als einem zur leitliniengestützten Behandlung der chronischen Erkrankung eingesetzten verschreibungspflichtigen Arzneimittel zu Lasten der Krankenkassen behandelt werden,
- Neupatienten.

Details zur neuen Versorgungspauschale (GOP 03100)

Die neue Versorgungspauschale entspricht inhaltlich der Versichertenpauschale, den Chronikerpauschalen und dem Zuschlag für den Medikationsplan zusammen, umfasst aber einen Behandlungszeitraum von zwei Quartalen (Halbjahrespauschale). Die Versorgungspauschale wird somit unabhängig davon gezahlt, ob der Patient die Praxis in nur einem oder in beiden Quartalen aufsucht.

Die **im Halbjahreszeitraum einmalig abrechenbare Versorgungspauschale** ist etwas höher bewertet (ca. 1,35fach) als eine quartalsbezogene Versichertenpauschale einschließlich der einfachen Chronikerpauschale und des Medikationsplan-Zuschlages:

GOP 03100 Versorgungspauschale

ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	356 Punkte / 45,36 €
ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	403 Punkte / 51,34 €

Für die Versorgungspauschale gilt:

- Berechnungsfähig einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall (*siehe auch „Kontakte im Folgequartal“*).
- Bei zweimaliger Berechnung im Krankheitsfall muss mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Krankheitsfall stattgefunden haben.

Beispiel: Q 3/2026 persönlicher APK, Q 1/2027 Videokontakt ausreichend.

- Im laufenden Quartal **nur von einer Vertragsarztpraxis** abrechnungsfähig und darf auch im Folgequartal durch keine andere Praxis abgerechnet werden. Im Vertretungsfall darf eine andere Praxis jedoch beim Arzt-Patienten-Kontakt die Versichertenpauschale abrechnen.
- In fachgleichen Gemeinschaftspraxen / MVZ / Praxen mit angestellten Ärzten beträgt der Aufschlag nach EBM 11 Prozent (statt 22,5 Prozent bei der Quartals-Versichertenpauschale).
- Bei ausschließlichen Videosprechstunden im Quartal gilt ein Abschlag von 10 Prozent auf die GOP 03100 und 03110 und 20 Prozent auf die zugehörigen Zuschläge.

Weitere Leistungen außerhalb der Versorgungspauschale

Für die Behandlung des Patienten können im aktuellen und im Folgequartal (Halbjahr) neben der Versorgungspauschale nur diejenigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden, die nicht Inhalt der Versorgungspauschale sind und für die im EBM kein Berechnungsausschluss vorgegeben ist.

Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4), palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5) sowie aus Kapitel 37 (Kooperations- und Koordinationsleistungen Pflegeheim, palliativmedizinische Versorgung, Patienten mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Betreuungsbedarf, Außerklinische Intensivpflege, Long-COVID) bleiben neben der Versorgungspauschale im Behandlungsfall und im Folgequartal berechnungsfähig, da sich der Gesundheitszustand des Patienten im Laufe des Halbjahres verändern kann.

Kontakte im Folgequartal

Die Versorgungspauschale umfasst den Behandlungszeitraum von zwei Quartalen (halbes Jahr) und kann daher unabhängig von der Häufigkeit der Inanspruchnahme durch den Patienten in den Quartalen von der Praxis nicht erneut und auch von keiner anderen Praxis berechnet werden.

Zuschlag bei intensivem Betreuungsbedarf des Chronikers

Suchen Patienten in dem Quartal nach der Berechnung der Versorgungspauschale wegen einer Verschlimmerung ihrer chronischen Erkrankung den Hausarzt dennoch erneut persönlich in der Praxis oder per Videosprechstunde auf und benötigen deshalb eine intensive Betreuung, kann vom Hausarzt im Folgequartal ein Zuschlag (GOP 03110) auf die im Vorquartal bereits abgerechnete Versorgungspauschale abgerechnet werden.

GOP 03110 Zuschlag zur Versorgungspauschale im Folgequartal bei Patienten mit intensivem Betreuungsbedarf

ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	152 Punkte / 19,37 €
ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	173 Punkte / 22,04 €



Möglich ist die Berechnung des Zuschlages aber nur **für maximal acht Prozent der Behandlungsfälle**, für die der Hausarzt im Vorquartal die Versorgungspauschale abgerechnet hat (bei 20 Fällen wären dies beispielsweise zwei Patienten).

⇒ Die Begrenzung wird von der KVB im Rahmen der Abrechnungsbearbeitung automatisiert vorgenommen (Quotierung der Vergütung bei Mehransatz).

Ob bei dem Patienten ein solcher intensiver Betreuungsbedarf der chronischen Erkrankung beim Patienten vorliegt, entscheidet der behandelnde Arzt im jeweiligen Einzelfall.

Kontakt im Folgequartal aus anderen medizinischen Gründen

Sucht ein Patient hingegen im Folgequartal die Praxis persönlich oder per Video auf, ohne dass ein intensiver Betreuungsbedarf aufgrund der chronischen Erkrankung im Sinne des Zuschlages nach GOP 03113 bzw. 03114 nötig ist (z. B. Behandlung wegen einer akuten Erkrankung wie einem grippalen Infekt oder normale Kontrolle von Blutwerten), und kann aufgrund der EBM-Regelungen für diesen Kontakt im Folgequartal keine gesonderte Gebührenordnungsposition abgerechnet werden, wird der Behandlungsfall mit der **Kenn-Nummer 88230** in Feldkennung 5001 „GNR“ gekennzeichnet (bei ausschließlichen Videokontakten im Quartal wird diese zusammen mit der bereits bekannten Kenn-Nummer 88220 angesetzt). Durch die arztseitige Kennzeichnung können diese Fälle der Inanspruchnahme des Arztes trotz sonstiger fehlender Abrechnungsmöglichkeit für die Fallzählung des jeweiligen Abrechnungsquartals nach EBM berücksichtigt werden, beispielsweise für das Gesprächsbudget, bei den Regelungen zur NäPA sowie für den Wirtschaftlichkeitsbonus.

Die Kennzeichnung mit der Pseudo-GOP 88230 ab dem 4. Quartal 2026 wird nach den verpflichtenden Vorgaben der KBV durch die Praxissoftware-Hersteller unterstützt.

Vorhaltepauschale auch zur halbjährlichen Versorgungspauschale

Sie müssen die Vorhaltepauschale und ihren Zuschlag wie bisher nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Diese werden bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen automatisch durch die KVB zugesetzt.

Wie bei der regulären Versichertenpauschale erhalten Sie auch für Patienten, bei denen eine Versorgungspauschale berechnet wird, die Vorhaltepauschale als Halbjahrespauschale sowie den Zuschlag zur Vorhaltepauschale bei Kriterienerfüllung vergütet, wenn die Voraussetzungen im Quartal der Berechnung der Versorgungspauschale vorliegen.

GOP 03043	Halbjährliche Vorhaltepauschale	179 Punkte / 22,81 €
	+ Zuschlag zur GOP 03043 bei Kriterienerfüllung:	
GOP 03044	Zuschlag bei Erfüllung 2–7 Kriterien	14 Punkte / 1,78 €
	oder	
GOP 03045	Zuschlag bei Erfüllung 8–10 Kriterien	42 Punkte / 5,35 €

Die halbjährliche Vorhaltepauschale 03043 unterliegt ebenfalls Auf- und Abschlägen nach Praxisgröße wie schon die reguläre Vorhaltepauschale nach GOP 03040. Bei weniger als 400

Fällen je Arzt erfolgt ein Abschlag von 18 Punkten, bei mehr als 1.200 Fällen ein Aufschlag von 13 Punkten. Praxen mit weniger als 10 Schutzimpfungen erhalten einen Abschlag von 40 Prozent (Ausnahme: diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen, Substitutionspraxen).

Wird im Folgequartal der Versorgungspauschale der Zuschlag nach GOP 03110 für maximal acht Prozent der Patienten mit intensivem Betreuungsbedarf abgerechnet, werden für den Mehraufwand auch im Folgequartal entsprechende Zuschläge für die Vorhaltepauschale vergütet. Zu- und Abschlagsregelungen bezogen auf die Praxisgröße und Mindestanzahl an Schutzimpfungen gibt es für den Zuschlag nach GOP 03046 nicht, der Kriterienzuschlag richtet sich nach dem im Vorquartal ermittelten Zuschlag.

GOP 03046	Zuschlag Vorhaltepauschale im Folgequartal bei Patienten mit intensivem Betreuungsbedarf	77 Punkte / 9,81 €
	+ Zuschlag zur GOP 03046	
GOP 03047	Zuschlag bei Erfüllung 2–7 Kriterien	6 Punkte / 0,76 €
	oder	
GOP 03048	Zuschlag bei Erfüllung 8–10 Kriterien	18 Punkte / 2,29 €

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 828. Sitzung vom 11. März 2026 wird auf der Internetseite des Instituts des BA (<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht.

Weitere Informationen finden sie auf unserer Homepage auf der [Einstiegsseite des Themenbereichs "Abrechnung" im Mitgliederkanal der KVB-Website.](#)

Freundliche Grüße

gez.
Wolfgang Gierscher
Leiter Referat Gesamtvergütung und Honorarverteilung