

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

KVBW · Postfach 41 51 72772 Reutlingen

An alle hausärztlichen Mitglieder
der Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg

Geschäftsbereich
Abrechnung

Haldenhausstraße 11
72770 Reutlingen

Telefon 0711/ 7875-3397
abrechnungsberatung@kvbwue.de

19. März 2026

Unser Zeichen: GBABSG3

Neue Versorgungspauschale zum 1. Juli 2026

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

am 11. März 2026 haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband nach mehrmonatigen Beratungen im Bewertungsausschuss auf die Umsetzung einer neuen Versorgungspauschale für chronisch erkrankte Patienten geeinigt. Neu: Sie umfasst die Behandlung für ein halbes Jahr. Der Beschluss erfolgt auf Basis der Vorgaben des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG). Die Umsetzung spiegelt die Vorgaben des Gesetzgebers wider.

Eigentliches Ziel der neu geschaffenen Halbjahrespauschale war es, Patienten mit nur einer chronischen Erkrankung, die lediglich ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel im Rahmen der leitliniengestützten Behandlung benötigen und keinen intensiven Betreuungsbedarf vorweisen, künftig flexibler zu versorgen. Diese Patienten sollen nicht mehr jedes Quartal die Hausarztpraxis aufsuchen müssen, wodurch die Praxen entlastet werden sollten.

An sich wäre das etwas, was alle begrüßen würden. Das Gesetz enthielt aber leider Vorgaben, die nicht dem Versorgungsalltag entsprechen und deshalb nicht ohne Weiteres umsetzbar waren. Das war der Grund, warum sich KBV und GKV-SV erst jetzt auf einen Kompromiss verständigen konnten, der wohl von allen Beteiligten eher schlecht als recht bewertet wird. Er stellt abrechnende Hausarztpraxen und KVen erneut vor bürokratische Herausforderungen, wie sie kaum bürokratischer sein können.

Die im Beschluss definierten Erkrankungen betreffen nur einen kleinen Teil der hausärztlich versorgten Patienten. Für diese Gruppe erfolgt die Betreuung und Abrechnung künftig halbjährlich statt quartalsweise. Trotz der angespannten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung ist es gelungen, eine tragfähige Lösung für diesen eingeschränkten Patientenkreis zu verhandeln.

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gilt die neue Versorgungspauschale (GOP 03100) **ab 1. Juli 2026 für bekannte Patienten zwischen 18 und 74 Jahren, die keinen intensiven Betreuungsaufwand haben, zur Therapie lediglich ein verschreibungspflichtiges Einzel- oder Kombinationspräparat einnehmen und an einer dieser chronischen Erkrankungen leiden:**

- Schilddrüsenerkrankung (Hypothyreose oder Autoimmunthyreoiditis): E03.0, E03.1, E03.4, E03.8, E03.9, E06.3
- Fettstoffwechselstörung (Störung des Lipoproteinstoffwechsels oder sonstige Lipidämie): E78.0, E78.2, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8-, E78.9
- essenzielle (primäre) Hypertonie ohne hypertensive Krise: I10.0(0), I10.9(0)
- idiopathische Gicht: M10.0-

Die Versorgungspauschale entspricht bezüglich des Leistungsinhalt der Versichertenpauschale, umfasst aber die Behandlung **für zwei Quartale (Halbjahrespauschale)**. Sie **ersetzt die Berechnung der Versichertenpauschale (GOP 03000), der Chronikerpauschale (GOP 03220/03221) und des Zuschlags für den Medikationsplan (GOP 03222)**.

Eckpunkte zur Versorgungspauschale

- Die Versorgungspauschale ist **einmal je Behandlungsfall und höchstens zweimal je Krankheitsfall** berechnungsfähig.
 - **GOP 03103:** ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr – 356 Punkte (45,35 Euro)
 - **GOP 03104:** ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr – 403 Punkte (51,34 Euro)
- Die Leistung kann im Quartal **nur von einer Vertragsarztpraxis** abgerechnet werden. Im Folgequartal ist eine Abrechnung durch eine andere Vertragsarztpraxis ausgeschlossen.
- Wird die Versorgungspauschale zweimal im Krankheitsfall berechnet, muss mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Krankheitsfall stattgefunden haben.
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4), der palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5) sowie Leistungen aus Kapitel 37 (Kooperations- und Koordinationsleistungen, Pflegeheimversorgung, palliativmedizinische Versorgung, Versorgung von Patienten mit psychiatrischem bzw. psychotherapeutischem Behandlungsbedarf, außerklinische Intensivpflege, Long-COVID) bleiben neben der Versorgungspauschale sowohl im Behandlungsfall als auch im Folgequartal berechnungsfähig. Hintergrund ist, dass sich der Gesundheitszustand von Patienten innerhalb eines Halbjahres verändern kann.
- Die Versichertenpauschale kann weiterhin durch andere Vertragsarztpraxen im selben oder im Folgequartal ohne Abschläge berechnet werden, beispielsweise im **Vertretungsfall**.
- **Neu: Die Chronikerpauschalen können nicht durch andere Hausärzte berechnet werden, wenn bereits eine andere Vertragsarztpraxis die Versorgungspauschale abgerechnet hat.**

Patienten, für die keine Versorgungspauschale anzusetzen ist

Für Patienten, bei denen die Voraussetzungen für die Abrechnung der Versorgungspauschale nicht erfüllt sind, können **weiterhin die Versichertenpauschale sowie die (bisherigen) Chronikerpauschalen (03220/03221)** abgerechnet werden.

Dies betrifft insbesondere Patienten mit:

- mehr als einer lang andauernden, lebensverändernden chronischen Erkrankung, die einer hausärztlichen Behandlung bedarf, oder
- einer kontinuierlichen Behandlung mit mehr als einem verschreibungspflichtigen Arzneimittel zu Lasten der Krankenkassen, das leitliniengerecht zur Therapie der chronischen Erkrankung eingesetzt wird.

Ausnahme:

Die Versorgungspauschale bleibt möglich bei Patienten, die zwei Arzneimittel erhalten, sofern diese jeweils nur einen verschreibungspflichtigen Wirkstoff enthalten und ein entsprechendes Kombinationspräparat verfügbar ist, das ausschließlich aus diesen beiden Wirkstoffen besteht.

Die detaillierten Regelungen hierzu finden sich in der neuen zweiten und vierten Bestimmung zum Abschnitt 3.2.1.1 des EBM.

Zuschlag bei intensivem Betreuungsbedarf im Folgequartal

Sollte im Folgequartal ein intensiver Betreuungsbedarf bestehen, kann die GOP **03110** abgerechnet werden. Voraussetzung ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde. Dieser Zuschlag ist **einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, höchstens zweimal im Krankheitsfall** und gleicht die Bewertungsdifferenz zur zweifachen Abrechnung der Versichertenpauschale, der Chronikerpauschale und dem Zuschlag Medikationsplan aus. Er unterliegt einer **Begrenzung je Praxis** und kann im Folgequartal **bei bis zu acht Prozent** dieser Versorgungsfälle zum Ansatz gebracht werden.

Beispiel: Hat die Hausarztpraxis im 3. Quartal 2026 bei 20 Patienten die Versorgungspauschale (GOP 03100) abgerechnet, kann sie im 4. Quartal 2026 für maximal zwei Patienten den Zuschlag (GOP 03110) ansetzen. Dieser Zuschlag wird ebenfalls altersdifferenziert vergütet – mit 152 Punkten (19,37 Euro) bzw. 173 Punkten (22,04 Euro).

Wird die **Praxis im Folgequartal aus anderen medizinischen Gründen aufgesucht**, wird dieser Kontakt wertneutral mit der GOP **88230** (bzw. bei Videokontakt mit der GOP **88220**) dokumentiert. Diese Fälle fließen weiterhin in die Fallzählungen des EBM, z.B. bei Gesprächsbudget, für die Vorhaltepauschale sowie den Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo) ein.

Vorhaltepauschale bei Patienten mit Versorgungspauschale

Für Patienten, bei denen der Hausarzt eine Versorgungspauschale berechnet, werden die drei GOP **03043 bis 03045** eingeführt. Ihre Ausgestaltung orientiert sich an der seit dem 1. Januar 2026 geltenden Vergütungssystematik der Vorhaltepauschale (GOP 03040) einschließlich der Zuschläge nach den GOP 03041 und 03042. Die Regelungen wurden dabei auf den Zeitraum der Versorgungspauschale übertragen, der **zwei Quartale umfasst**. Das bedeutet:

- Die GOP 03043 wird von der Kassenärztlichen Vereinigung als Zuschlag zur Versorgungspauschale zugesetzt. Die Leistung ist einmal je Behandlungsfall und höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Ihre Bewertung beträgt 179 Punkte (22,81 Euro) (zum Vergleich: GOP 03040: 138 Punkte/ 17,86 Euro).
- abhängig von der Praxisgröße erfolgt eine Anpassung der Bewertung:
- Bei weniger als 400 Behandlungsfällen je vollzeitbeschäftigtem Hausarzt erfolgt ein Abschlag von 18 Punkten.
- Bei mehr als 1.200 Behandlungsfällen je vollzeitbeschäftigtem Hausarzt erfolgt ein Aufschlag von 13 Punkten.

Darüber hinaus gilt auch für die GOP 03043 die Abschlagsregelung für Hausarztpraxen mit geringer Impfleistung: Führt eine Praxis weniger als zehn Schutzimpfungen gemäß Anlage 1 der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses pro Quartal durch, wird ein Abschlag von 40 Prozent angewendet.

Ausnahmeregelung: Von der Abschlagsregelung ausgenommen sind diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen (Definition analog der Ausnahmeregelung bei der GOP 03040).

Gestaffelter Zuschlag:

- GOP **03044** bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 Kriterien: 14 Punkte (1,78 Euro)
 - (anstelle GOP 03041: 10 Punkte/ 1,27 Euro)
- GOP **03045** bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien: 42 Punkte (5,35 Euro)
 - (anstelle GOP 03042: 30 Punkte/ 3,81 Euro)

Vorhaltepauschale: Zuschläge für Patientinnen und Patienten mit intensivem Behandlungsbedarf (GOP 03046 bis 03048)

Für Patienten mit intensivem Behandlungsbedarf, bei denen im Folgequartal nach der Abrechnung der Versorgungspauschale die GOP 03110 berechnet wird, werden die GOP **03046 bis 03048** als Zuschläge eingeführt. Sie dienen dazu, die Bewertungsdifferenz auszugleichen, die im Vergleich zu einer zweifachen Abrechnung der GOP 03040 sowie der Zuschläge nach den GOP 03041 und 03042 entstehen würde.

Im Einzelnen gelten folgende Zuschläge:

- GOP 03046: Zuschlag zur GOP 03110 im Folgequartal nach der Berechnung der GOP 03043; Bewertung: 77 Punkte (9,81 Euro).
- GOP 03047: Zuschlag zur GOP 03046 im Folgequartal nach der Berechnung der GOP 03044; Bewertung: 6 Punkte (0,76 Euro).
- GOP 03048: Zuschlag zur GOP 03046 im Folgequartal nach der Berechnung der GOP 03045; Bewertung: 18 Punkte (2,29 Euro).

Für die GOP 03046 wurden keine analogen Zu- oder Abschlagsregelungen vereinbart, wie sie für die GOP 03043 gelten (z. B. in Bezug auf Praxisgröße, Mindestanzahl an Schutzimpfungen oder den Anteil von Videosprechstunden).

Für alle Fragen zu diesem Thema stehen Ihnen die Mitarbeitenden der Abrechnungsberatung unter Tel.: 0711 7875-3397 oder abrechnungsberatung@kvbwue.de gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Karsten Braun, LL.M.
Vorsitzender des Vorstandes



Dr. med. Doris Reinhardt
stv. Vorsitzende des Vorstandes