

AAA Abrechnung
aktuell

Versorgungspauschale & Co. sicher umsetzen

Praktische Abrechnungstipps
zum GVSG

SONDERAUSGABE

Plus Online-
Rechentool zur
Vorhalte-
pauschale



Versorgungspauschale

EBM-Nr. 03100: 18 Seiten zur
neuen Versorgungspauschale –
ab Quartal III/2026

Vorhaltepauschale

EBM-Nr. 03040: 8 Seiten zur
reformierten Vorhaltepauschale –
ab Quartal I/2026

Entbudgetierung

6 Seiten zu den Details der
Hausarzt-Entbudgetierung –
ab Quartal IV/2025

Inhalt

VERSORGUNGSPAUSCHALE

- 1 – Quartal III/2026: Neue Versorgungspauschale für bestimmte chronisch kranke Patienten
- 6 – Details zu den Abrechnungsvoraussetzungen der neuen Versorgungspauschale
- 9 – Abrechnungsbesonderheiten und -ausschlüsse zur neuen Versorgungspauschale
- 12 – Finanzielle Auswirkungen für Hausarztpraxen durch die neue Versorgungspauschale
- 17 – Begriff des „intensiven Betreuungsbedarfs“ bei EBM-Nr. 03110

VORHALTEPAUSCHALE

- 19 – EBM-Nr. 03040: So sichern sich Hausarztpraxen die reformierte Vorhaltepauschale
- 24 – Neue Vorhaltepauschale ab dem Quartal I/2026 – Fragen und Antworten zu Nr. 03040

ENTBUDGETIERUNG

- 27 – Hausarzt-Entbudgetierung startete zum 01.10.2025
- 28 – Sowerdendie(restlichen)budgetierten hausärztlichen Leistungen in den KVen vergütet
- 30 – So wirkt sich die Hausarzt-Entbudgetierung aus: 6 Beispiele zeigen das Spektrum

WEBINARE



IWW-Webinare Abrechnung in der Hausarztpraxis (iww.de/s15610)
Ihr Quartals-Update zu EBM und GOÄ, mit Referentin Heike Junge-Rappenberg!
Die nächsten Termine: 24.06.2026/
26.08.2026/09.12.2026/ 17.02.2027



TOP-ARBEITSHILFEN



AAA Vorhaltepauschalenrechner (iww.de/aaa/rechentools)
Mit einer Angabe ermitteln, wie Ihre Praxis bei den 10 Kriterien zur Vorhaltepauschale aufgestellt ist.



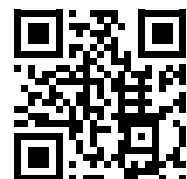
EBM-Versorgungspauschale – Liste der ICD-10-Codes (iww.de/s15612)
Die Versorgungspauschale richtet sich an Chroniker mit diesen Diagnosen.

WIR HELFEN IHNEN GERNE!

Für Fragen zur Berichterstattung:

Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns
stellv. Chefredakteur (verantwortlich)

Telefon 02596 922-24
Fax 02596 922-80
E-Mail kleinmanns@iww.de



Nehmen Sie Kontakt mit uns auf:

– EBM 2026

Quartal III/2026: Neue Versorgungspauschale für bestimmte chronisch kranke Patienten

Lange haben KBV und Krankenkassen über die Versorgungspauschale für bestimmte chronisch kranke Versicherte in den EBM verhandelt. Nach dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) sollte diese Pauschale bis zum 31.08.2025 klar sein, doch die vom Bewertungsausschuss am 11.03.2026 beschlossenen EBM-Änderungen treten zum 01.07.2026 in Kraft (Beschluss siehe www.de/s15288). Für die Hausarztpraxen sind einige komplexe Regelungen umzusetzen.

Personenkreis für die Versorgungspauschale

Die neue Versorgungspauschale gilt für chronisch kranke Patienten, die keinen intensiven Betreuungsbedarf haben und wegen der chronischen Erkrankung regelmäßig mit nur einem Arzneimittel behandelt werden. In Umsetzung dieser Vorgabe hat der Bewertungsausschuss zunächst mehrere Erkrankungen mit einer Liste konkreter ICD-Diagnosen festgelegt.

ICD-Codes für die neue Versorgungspauschale

Code	Beschreibung
E03.0	Angeborene Hypothyreose mit diffuser Struma
E03.1	Angeborene Hypothyreose ohne Struma
E03.4	Atrophie der Schilddrüse (erworben)
E03.8	Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose
E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet
E06.3	Autoimmunthyreoiditis
E78.0	Reine Hypercholesterinämie
E78.2	Gemischte Hyperlipidämie
E78.4	Sonstige Hyperlipidämien
E78.5	Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet
E78.6	Lipoproteinmangel
E78.8	Sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels
E78.9	Störung des Lipoproteinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet
I10.0	Benigne essenzielle Hypertonie (ausgenommen: ICD-10-GM I10.01- Benigne essenzielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise)
I10.00	Benigne essenzielle Hypertonie: ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.9	Essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet (ausgenommen: ICD-10-GM I10.91 - Essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise)
I10.90	Essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: ohne Angabe einer hypertensiven Krise
M10.0	Idiopathische Gicht



INFORMATION

Bewertungsausschuss: Beschluss vom 11.03.2026



U. a. Hypothyreose, Hypercholesterinämie, Hyperlipidämie, Hypertonie, idiopathische Gicht

Nur eine chronische Erkrankung und nur ein Arzneimittel

Voraussetzung ist weiter, dass diese Patienten nur an einer lang andauernden, lebensverändernden chronischen Erkrankung aus der vorstehenden Liste leiden und für die leitliniengestützte Behandlung dieser Erkrankung nur ein Arzneimittel benötigen.

Hierbei gilt jedoch eine Ausnahme: Patienten mit zwei Arzneimitteln, sofern diese jeweils aus einem verschreibungspflichtigen Wirkstoff bestehen und ein entsprechendes Kombinationspräparat, das ausschließlich aus einer Zusammensetzung dieser beiden Wirkstoffe besteht, verfügbar ist.

MERKE – Bei Patienten, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können weiterhin die Versichertenpauschalen und die Chronikerpauschalen wie bisher berechnet werden.

Bei Patienten mit mehr als einer lang andauernden, lebensverändernden chronischen Erkrankung kann die Versorgungspauschale nicht berechnet werden.

4-3-2-Regel gilt auch für die neue Versorgungspauschale nach EBM-Nr. 03100

Die erstmalige Abrechnung der Versorgungspauschale, die durch die EBM-Nr. 03100 markiert wird, setzt die Erfüllung der 4-3-2 Regelung zur Chronikerpauschale voraus: Im Zeitraum der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals muss in drei Quartalen mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt (APK), davon in mindestens zwei Quartalen persönliche APK – davon ggf. ein Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde – stattgefunden haben.

Die Bewertung der Versorgungspauschale

Nr. 03100 je nach Alter der Patienten mit 356 bzw. 403 Punkten bewertet

Die neue Versorgungspauschale entspricht dem Leistungsinhalt der Versichertenpauschale und ersetzt die Berechnung der Versichertenpauschale nach den Nrn. 03000 ff., der Chronikerpauschalen nach den Nrn. 03220/03221 und des Zuschlags für den Medikationsplan nach Nr. 03222. Die neue Versorgungspauschale ist konzipiert als Halbjahrespauschale und umfasst somit die Behandlung für zwei Quartale. Die Abrechnung erfolgt mit der EBM-Nr. 03100.

EBM-Nr.	Leistungslegende	Bewertung
03100	Versichertenpauschale gemäß § 87 Abs. 2b Satz 7 bis 10 SGB V für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit nur einer chronischen Erkrankung und bei Erfüllung Nrn. 1 bis 4 der Bestimmungen zum Abschnitt 3.2.1.1 (Versorgungspauschale)	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr: 356 Punkte
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
	● Persönlicher APK und/oder APK im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr: 403 Punkte
	Einmal im Behandlungsfall Höchstens zweimal im Krankheitsfall	

Die Versorgungspauschale für Patienten ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr wird von der KV in der Abrechnung mit Nr. 03103 umgesetzt. Für Patienten ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr setzt die KV dies mit der Nr. 03104 um.

– EBM 2026

Finanzielle Auswirkungen für Hausarztpraxen durch die neue Versorgungspauschale

Die neue Versorgungspauschale ist Teil des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) und kommt zum Quartal III/2026 in die Hausarztpraxen. Wie werden sich die neuen EBM-Nrn. 03100, 03110 sowie die damit zusammenhängenden neuen Zuschlagspositionen in den verschiedenen Hausarztpraxen finanziell auswirken? Anhand von Beispielrechnungen werden die möglichen Honoraränderungen für Ihre Praxis nachvollziehbar gemacht.

Honorarvergleiche in sechs Beispielkonstellationen

Beispiele vergleichen verschiedenen Patienten über einen Zeitraum von jeweils vier Quartalen

In den nachfolgenden Tabellen haben wir bei verschiedenen Fallkonstellationen die aktuell übliche Abrechnung

- der Versichertenpauschale 19. bis 54 Lebensjahr nach Nr. 03003,
- der Hygienepauschale nach Nr. 03020,
- der Vorhaltepauschale nach den Nrn. 03040/03041 bei mittlerer Praxisgröße (d. h. zwischen 400 und 1.200 Fällen/Quartal sowie bei Erfüllung zwischen 2 und 7 Kriterien der insgesamt 10 Kriterien),
- der Chronikerpauschalen nach den Nrn. 03220/03221 und
- des Zuschlags für den Medikationsplan nach Nr. 03222

für den Zeitraum von vier Quartalen mit der künftigen Abrechnung der neuen Nrn. 03100, 03110 sowie der Zuschläge Nrn. 03043 bis 03048 verglichen.

Die Berechnungen zeigen – wenig überraschend – bei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten (APK) in **jedem Quartal** eine deutliche niedrigere Vergütung bei der Abrechnung der neuen Versorgungspauschale einschließlich der neuen Zuschläge (Beispiele 1 und 3). Dies gilt auch bei intensiver Betreuung in den Folgequartalen (Beispiel 2).

Bei nur **drei** Quartalen mit jeweils nur einem persönlichen APK fällt die neue Vergütung etwas geringer aus (Beispiel 4),

Je seltener die APK, desto vorteilhafter die neue Versorgungspauschale

bei **zwei** Quartalen mit nur einem persönlichen APK plus **einem** Quartal mit einem mittelbaren APK (Nr. 01435 für die telefonische Beratung) hingegen etwas höher aus (Beispiel 5).

Bei nur jeweils **einem** persönlichen APK in zwei Quartalen beträgt die Honorarsteigerung durch die neue Versorgungspauschale immerhin über 75 Euro pro Jahr bzw. bedeutet ein Plus auf mehr als das Doppelte (+ rd. 117 Prozent, Beispiel 6).

Sechs Beispiele: Tabellen mit Vorher-Nachher-Vergleich

In der ersten Beispielkonstellation betrachten wir einen Versicherten mit zwei persönlichen APK/Quartal. Es liegt keine intensive Betreuung vor.