– EBM 2026

Ab Juli 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 nun erst zum 01.07.2026 in Kraft (Beschluss siehe iww.de/s15288). Hausarztpraxen haben also noch etwas Zeit, sich mit den neuen Abrechnungsregeln vertraut zu machen.

INFORMATION

Bewertungsausschuss: Beschluss vom 11.03.2026

Personenkreis für die Versorgungspauschale

Die neue Versorgungspauschale gilt für chronisch kranke Patienten, die keinen intensiven Betreuungsbedarf haben und wegen der chronischen Erkrankung regelhaft 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

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) *Obligater Leistungsinhalt* ● Persönlicher APK und/oder APK im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä Einmal im Behandlungsfall Höchstens zweimal im Krankheitsfall	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr: **356 Punkte** ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr: **403 Punkte**

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.

Berufsausübungsgemeinschaften (BAGen), in denen nur Hausärzte tätig sind, erhalten zwar auch einen Aufschlag auf die neue Versorgungspauschale. Dieser Aufschlag beträgt allerdings – statt der bekannten 22,5 Prozent bei der Versichertenpauschale nach den Nrn. 03000 ff. – bei der neuen **Versorgungspauschale nach Nr. 03100 nur 11 Prozent**.

BAGen nur mit Hausärzten: Aufschlag zur Nr. 03100 von 11 Prozent

Folgende **Abrechnungsbesonderheiten** sind für die Versorgungspauschale nach EBM-Nr. 03100 zu beachten:

Drei wichtige Besonderheiten zur Nr. 03100: Welche Praxis, wie oft und in welchem Rhythmus

- Die Nr. 03100 kann im Laufe
  - eines Quartals nur von einer Vertragsarztpraxis und
  - im Folgequartal durch keine andere Vertragsarztpraxis berechnet werden.

- Die Nr. 03100 ist nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen berechnungsfähig und höchstens zweimal im Krankheitsfall. Bei zweimaliger Berechnung im Krankheitsfall muss mindestens ein persönlicher APK im Krankheitsfall stattgefunden haben.

- Die Nr. 03100 kann auch dann berechnet werden, wenn zwischen dem Quartal der letztmaligen Berechnung der Nr. 03100 und dem Quartal der erneuten Berechnung der Nr. 03100
  - mehr als ein Quartal und
  - nicht mehr als drei Quartale ohne persönlichen APK liegen.

Zuschlag für Patienten mit intensivem Betreuungsbedarf

Übergang von nicht intensivem zu intensivem Betreuungsbedarf durch Zuschlag berücksichtigt

Nach der gesetzlichen Vorgabe ist die neue Versorgungspauschale nur bei Patienten ohne intensivem Betreuungsbedarf berechnungsfähig. Falls bei Patienten mit Abrechnung der Versorgungspauschale nach Nr. 03100 im Folgequartal ein intensiver Betreuungsbedarf besteht, kann in diesem Folgequartal die Nr. 03110 als Zuschlag zur Nr. 03100 berechnet werden:

EBM-Nr.	Leistungslegende	Bewertung
03110	Zuschlag im Folgequartal der Berechnung der Nr. 03100 für Patienten mit intensivem Betreuungsbedarf *Obligater Leistungsinhalt* ● Persönlicher APK und/oder APK im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä im Folgequartal nach Berechnung der Nr. 03100 Einmal im Behandlungsfall Höchstens zweimal im Krankheitsfall	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr: **152 Punkte** ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr: **173 Punkte**

Der Zuschlag für Patienten ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr wird von der KV durch Nr. 03113 umgesetzt. Für Patienten ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr wird dies durch Nr. 03114 umgesetzt.

Je nach Alter wird aus Zuschlags-Nr. 03110 bei der KV Nr. 03113 bzw. 03114

BAGen, in denen nur Hausärzte tätig sind, erhalten für diesen Zuschlag nach Nr. 03110 einen Aufschlag von ebenfalls 11 Prozent.

Bis zu 8 Prozent der „einfachen“ Chroniker können zu bereuungsintensiven werden

Für die Abrechnung des Zuschlags nach Nr. 03110 gibt es allerdings eine Begrenzungsregelung: Die Nr. 03110 kann nur bis zu einer Anzahl von **8 Prozent** (ggf. kaufmännisch gerundet) der Gesamtanzahl der im Vorquartal abgerechneten Positionen nach Nr. 03100 berechnet werden.

Vorhaltepauschale bei Versorgungspauschale nach Nr. 03100

Vorhaltepauschale wird berücksichtigt – bei Nr. 03100 gelten die Ausnahmeregelungen

Bei Abrechnung der neuen Versorgungspauschale werden von der KV in Anlehnung an die Vergütungssystematik der Nrn. 03040 bis 03042 (siehe AAA 09/2025, Seite 2) für den Zeitraum der Versorgungspauschale – also für zwei Quartale – Zuschläge als Vorhaltepauschale zugesetzt:

- Nr. 03043, abhängig von der Größe der Praxis; berechnungsfähig einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall
- Nr. 03044, bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 Kriterien
- Nr. 03045, bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien.

Zuschläge als Vorhaltepauschale aufgrund der Versorgungspauschale nach Nr. 03100

EBM-Nr.		Bewertung
03043	Zwischen 400 und 1.200 Behandlungsfällen je Arzt	179 Punkte
	Abschlag 18 Punkte bei weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt	161 Punkte
	Zuschlag 13 Punkte bei mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Arzt	192 Punkte
03044	Zuschlag 14 Punkte	14 Punkte
03045	Zuschlag 42 Punkte	42 Punkte

Die übrigen Regelungen zur Vorhaltepauschale – beispielsweise die Abschlagsregelung für Praxen mit weniger als zehn Schutzimpfungen/Quartal und die Ausnahmeregelungen für Schwerpunktpraxen – gelten auch für diese Vorhaltepauschale.

Vorhaltepauschale bei Zuschlag nach Nr. 03110

Beim „Übergangszuschlag“ nach Nr. 03110 gelten die Ausnahmeregelungen hingegen nicht

Für Behandlungsfälle mit Abrechnung der Nr. 03110 werden von der KV die Zuschläge nach den Nrn. 03046 bis 03048 als Vorhaltepauschale zugesetzt. Zu- und Abschläge (Mindestanzahl Impfungen, Praxisgröße) gibt es für die Nr. 03046 nicht.

Zuschläge als Vorhaltepauschale aufgrund Zuschlag nach Nr. 03110

EBM-Nr.		Bewertung
03046	Zuschlag zur Nr. 03110 im Folgequartal der Berechnung der Nr. 03043	77 Punkte
03047	Zuschlag zur Nr. 03046 im Folgequartal der Berechnung der Nr. 03044	6 Punkte
03048	Zuschlag zur Nr. 03046 im Folgequartal der Berechnung der Nr. 03045	18 Punkte

Abrechnungsfähige Leistungen neben Versorgungspauschale

Geriatrie-, Palliativ- sowie Pflegeheim-Kooperationsleistungen neben Versorgungspauschale möglich

Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Nrn. 03360, 03362), der palliativmedizinischen Versorgung (Nrn. 03370 bis 03373) sowie aus dem EBM-Kapitel 37 (insbesondere Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen) können neben der Versorgungspauschale im Behandlungsfall und im Folgequartal abgerechnet werden.

Auch ist die Versichertenpauschale wie bisher durch andere Vertragsarztpraxen im selben und/oder Folgequartal ohne Abschläge berechnungsfähig, z. B. im Vertretungsfall.

Abrechnungsausschlüsse

Nicht möglich neben der Versorgungspauschale in Praxis A sind Chronikerpauschalen in Praxis B

Die wichtigste Ausschlussregelung betrifft die Chronikerpauschalen: Die Chronikerpauschalen können nicht durch andere Hausärzte berechnet werden, wenn eine andere Vertragsarztpraxis bereits die Versorgungspauschale berechnet hat. Dies gilt sowohl für das Quartal der Berechnung der Versorgungspauschale als auch für das Folgequartal.

Besondere Kennzeichnungen

Wichtig: Kennnummer 88230 im Folgequartal der Versorgungspauschale setzen

Behandlungsfälle, für die eine Versorgungspauschale nach Nr. 03100 abgerechnet wurde, müssen im Folgequartal der Berechnung der Versorgungspauschale künftig durch Nr. 88230 gekennzeichnet werden. Dadurch soll eine korrekte Fallzählung u. a. für die Berechnung des Gesprächsbudgets nach Nr. 03230 und des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus gewährleistet werden.

Eine Kennzeichnung mit der Nr. 88220 ist erforderlich, wenn im Folgequartal der Berechnung der Nr. 03100 ausschließlich APK im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden.

FAZIT – Die Zahl der Patienten, bei denen künftig die neue Versorgungspauschale abzurechnen ist, dürfte vergleichsweise niedrig sein. Allerdings ist der bürokratische Aufwand nicht unerheblich. Dies betrifft insbesondere den Ausschluss der Berechnung der Chronikerpauschalen durch andere Hausarztpraxen.

Auf die Auswirkungen der EBM-Änderungen im Zusammenhang mit der neuen Versorgungspauschale auf die hausärztliche Praxis werden wir in der nächsten Ausgabe von AAA Abrechnung aktuell detailliert eingehen.

↘ WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Praxisnachricht der KBV zur neuen Vorhaltepauschale nach EBM-Nr. 03100 online unter iww.de/s15294
- Beschlüsse des Bewertungsausschusses beim Institut des Bewertungsausschusses (chronologisch sortiert) online unter iww.de/s15293
- EBM-Nr. 03040: So sichern sich Hausarztpraxen die neue Vorhaltepauschale ab Quartal I/2026 (AAA 09/2025, Seite 2)
- AAA Vorhaltepauschalenrechner online unter iww.de/aaa/rechentools

ARCHIV

AAA 09/2025, Seite 2 (iww.de/s15289)