

THEMA

Neuregelung der Vorhaltepauschale



Die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen startete zum 1. Oktober 2025 und betrifft ausschließlich die Leistungen aus EBM-Kapitel 3 sowie die Haus-/Heimbesuche aus EBM-Kapitel 1 GOP 01410 – 01413 und GOP 01415.

Neuregelung der Vorhaltepauschale für Hausärzte ab 1. Januar 2026

Im Zusammenhang mit der Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen, tritt eine neue Regelung für die hausärztliche Vorhaltepauschale GOP 03040 **zum 01.01.2026** in Kraft und die Bewertung der GOP 03040 wird von 138 Punkten auf 128 Punkte reduziert.

Die bisherige GOP 03040 bleibt weiterhin bestehen und die Grundsystematik wird im Wesentlichen beibehalten:

- die GOP wird als Zuschlag zur Versichertenpauschale 03000/03030 von der KV zugesetzt, wenn der Hausarzt/die Hausärztin keine fachärztlichen Leistungen bei dem Patienten/der Patientin im Quartal durchführt und abrechnet
- wurde die Versichertenpauschale 03030 (Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme) einmal im Behandlungsfall abgerechnet, erfolgt ein Abschlag in Höhe von 50 % auf die Vorhaltepauschale 03040; wurde die 03030 zweimal im Behandlungsfall abgerechnet, erfolgt die reguläre Bewertung der Vorhaltepauschale (ggf. Anpassung der Bewertung durch Prüfung der Behandlungsfälle und neu ab 1-2026 der Impfleistungen)
- die GOP ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- Praxen mit weniger als 400 Behandlungsfällen je vollem Tätigkeitsumfang eines Hausarztes/einer Hausärztin erhalten einen Abschlag von 13 Punkten auf die GOP 03040, Praxen mit mehr als 1.200 Behandlungsfällen je vollem Tätigkeitsumfang eines Hausarztes/einer Hausärztin erhalten nunmehr einen Aufschlag von 9 Punkten (bisher 13 Punkte)



Tabelle 1: Vergleich bisherige Regelung im Vergleich zur neuen Regelung ab 1-2026:

(Hinweis: Orientierungspunktwert 2026: 1 Punkt entspricht 0,127404 Euro)

Bisherige Regelung	Neue Regelung ab 1. Januar 2026
Bewertung der GOP 03040 138 Punkte	Bewertung der GOP 03040 128 Punkte
Abschläge < 400 Behandlungsfälle ¹ → -13 Punkte	Abschläge < 400 Behandlungsfälle ¹ → -13 Punkte < 10 Schutzimpfungen ¹ → -40% auf die Vorhaltepauschale ²
Aufschläge > 1.200 Behandlungsfälle ¹ → +13 Punkte	Aufschläge > 1.200 Behandlungsfälle ¹ → +9 Punkte 2-7 Kriterien erfüllt → Zuschlags-GOP 03041 (10 Punkte) ² 8-10 Kriterien erfüllt → Zuschlags-GOP 03042 (30 Punkte)

Neue Abschlagsregelung:

Hausärzt:innen einer Praxis, die *weniger als zehn Schutzimpfungen im Quartal je Vollzeitäquivalent/ je vollen Tätigkeitsumfang durchführen*, erhalten einen *Abschlag auf die Vorhaltepauschale von 40 Prozent*. Hintergrund hierfür ist, dass Impfungen der hausärztlichen Grundversorgung zugeordnet sind.

Hiervon ausgenommen sind diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen, in denen Hausärzt:innen bei mehr als 20 Prozent der Patient:innen spezialisierte diabetologische Behandlungen, spezialisierte Behandlungen von an HIV-/AIDS-erkrankten Patient:innen gemäß Abschnitt 30.10 oder substitutionsgestützte Behandlungen Opiatabhängiger gemäß Abschnitt 1.8 des EBM durchführen.

Neue Zuschläge zur Vorhaltepauschale: GOP 03041 oder GOP 03042

Ergänzend zur Vorhaltepauschale wird ein gestaffelter Zuschlag eingeführt, für dessen Berechnung die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien erforderlich ist.

- bei Erfüllung von mindestens zwei bis maximal sieben Kriterien: 10 Punkte (GOP 03041)
- bei Erfüllung von mindestens acht Kriterien: 30 Punkte (GOP 03042)

Der Zuschlag wird entsprechend der Anzahl erfüllter Kriterien von der KV Berlin einmal je Behandlungsfall zur GOP 03040 zugesetzt.

¹ Abgerechnet je Hausarzt/je Hausärztin

² Ausgenommen hiervon sind die Schwerpunktpraxen Diabetes, HIV und Substitutionsmedizin; Zusetzung der 03041 erfolgt automatisch

Tabelle 2: Die zehn Kriterien im Überblick:

Kriterium	Höhe des Kriteriums
(1) Haus- und Pflegeheimbesuche	5 Prozent ³
(2) Geriatrische/palliativmedizinische Versorgung	12 Prozent ³
(3) Kooperation Pflegeheim	1 Prozent ³
(4) Schutzimpfungen	1., 2., 3. Quartal: 7 Prozent ³ 4. Quartal: 25 Prozent ³
(5) Kleinchirurgie/Wundversorgung/postOP-Behandlung	3 Prozent ³
(6) Ultraschalldiagnostik (Abdomen, Schilddrüse)	2 Prozent ³
(7) hausärztliche Basisdiagnostik (Langzeitblutdruckmessung, Langzeit-EKG, Belastungs-EKG, Spirographie)	3 Prozent ³
(8) Videosprechstunde	1 Prozent ³
(9) Zusammenarbeit	Fachgleiche Praxis von Hausärzten und/oder Teilnahme an Qualitätszirkeln
(10) Sprechstunden/Praxisöffnungszeiten	Angebot von mindestens 14-tägig stattfindenden Sprechstunden: <ul style="list-style-type: none"> ▫ am Mittwoch nach 15 Uhr und/oder ▫ am Freitag nach 15 Uhr und/oder ▫ nach 19 Uhr an mindestens einem Werktag ▫ und/oder ▫ vor 8 Uhr an mindestens einem Werktag

Erläuterungen:

Beispiel: Haus- und Pflegeheimbesuche →

Um dieses Kriterium zu erfüllen, muss der Hausarzt/die Hausärztin der Praxis so viele Leistungen erbringen und abrechnen, dass sie mindestens fünf Prozent der gesamten Behandlungsfälle des Hausarztes/ der Hausärztin ausmachen. (Bei z.B. 1.000 Behandlungsfällen bedeutet das: mindestens 50 Besuche im Quartal).

Dabei gilt: Gezählt wird jede durchgeführte und berechnete Leistung nach den GOP 01410 – 01413, 01415, 01721, 03062, 03063, 38100 und/oder 38105, sowohl Besuche durch den Hausarzt/der Hausärztin als auch durch das Praxispersonal. Wenn ein Patient/eine Patientin im selben Quartal mehrmals besucht wird, zählt jeder dieser Besuche als einzelne Leistung. Berücksichtigt werden sowohl vom Arzt/von der Ärztin persönlich durchgeführte Besuche als auch solche, durch das Praxispersonal.

³ Ob eines der ersten acht Kriterien als erfüllt gilt, hängt davon ab, wie hoch der prozentuale Anteil der abgerechneten Leistungen der Hausärzt:innen an den Gesamt-Behandlungsfällen der Hausärzt:innen einer Praxis ist.

Beispiel: Hausärztliche Basisdiagnostik →

Drei Prozent – unabhängig davon, um welche Art der Untersuchung es sich handelt (z.B. Langzeit-EKG, Spirographie). Hier wären auch ausschließlich durchgeführte Spirographien ausreichend.

Wichtig: Werden bei einem Patienten/einer Patientin mehrere Untersuchungen innerhalb eines Quartals durchgeführt, zählt jede einzelne Leistung und nicht die Anzahl der Patient:innen.

Beispiel: Schutzimpfungen →

Für dieses Kriterium gelten unterschiedliche Vorgaben pro Quartal:

- Für das 1., 2. und 3. Quartal gilt, dass die abgerechneten Impfungen mindestens sieben Prozent der Behandlungsfälle betragen müssen (z. B. bei 1.000 Behandlungsfällen 70 Impfungen).
- Im 4. Quartal liegt die Quote bei mindestens 25 Prozent - Hintergrund hier sind die saisonalen Impfleistungen im 4. Quartal (z. B. bei 1.000 Behandlungsfällen mindestens 250 Impfungen).

Hier gilt: Gezählt werden hierbei alle durchgeführten und abgerechneten Impfungen der regional vereinbarten GOP des Kapitels 89, einschließlich der COVID-19-Impfungen.

Auch wenn ein Patient/eine Patientin im selben Quartal mehrere Impfungen erhält (z. B. Influenza-, COVID-19-, RSV oder wiederholte FSME-Impfungen) zählt jede Impfung einzeln und nicht die Anzahl der geimpften Patient:innen.

Ausnahmeregelung bei Zuschlag GOP 03041 für Schwerpunktpraxen:

Für diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen ist die GOP 03041 ohne die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien berechnungsfähig.

Gemäß dem Beschluss liegt eine Schwerpunktpraxis vor, wenn durch die Hausärzt:innen bei mehr als 20 % der Behandlungsfälle in Bezug auf spezialisierte diabetologische Behandlungen, spezialisierte Behandlungen an von HIV/AIDS-erkrankten Patient:innen oder substitutionsgestützte Behandlung im entsprechenden Abrechnungsquartal abgerechnet wurden.

Für den höheren Zuschlag von 30 Punkten gelten hingegen die gleichen Anforderungen wie für alle anderen Hausärzt:innen: Es müssen acht Kriterien erfüllt werden.