

Abrechnung

Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Anlage zu Ausgabe 4/2026

Inhalt

- | | | |
|----|--|---|
| 1. | Neue hausärztliche Versorgungspauschale ab dem 01.07.2026 | 2 |
| 2. | Elektronische Ersatzbescheinigung & Start VSDM 2.0 - Wichtige Änderungen ab Juli 2026 | 6 |
| 3. | Folgeverordnung für außerklinische Intensivpflege per Videosprechstunde ab 01. Juni 2026 möglich | 7 |
| 4. | Klarstellung zur Abrechnung anästhesiologischer Leistungen beim ambulanten Operieren (§115b SGB V) | 8 |
| 5. | Übergangslösung sichert ambulante Operationen bei Kindern und Jugendlichen | 9 |

1. Neue hausärztliche Versorgungspauschale ab dem 01.07.2026

Der Bewertungsausschuss hat nach längeren Beratungen eine neue hausärztliche Versorgungspauschale für chronisch kranke Patientinnen und Patienten beschlossen. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV Spitzenverband verständigt.

Die Gebührenordnungsposition **03100** ist für die Behandlung und Betreuung von Patienten zu berechnen, die im Quartal der Berechnung folgende Kriterien erfüllen:

- ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
- bei Vorliegen einer lang andauernden, lebensverändernden chronischen Erkrankung für die eine kontinuierliche Arzneimitteltherapie mit **einem** zu Lasten der Krankenkassen verschriebenen erkrankungsspezifischen **Arzneimittel** erfolgt.

Die GOP 03100 ist nicht abrechnungsfähig, wenn Patienten dauerhaft mehr als ein leitliniengerechtes, verschreibungspflichtiges Medikament erhalten. Eine Ausnahme gilt bei zwei Wirkstoffen, wenn diese auch als entsprechendes Kombinationspräparat verfügbar sind.

Die Versorgungspauschale enthält denselben Leistungsinhalt wie die Versichertenpauschale (GOP 03000), die Chronikerpauschale (GOP 03220) und der Zuschlag für den Medikationsplan (GOP 03222). Der Unterschied ist, dass sie die Behandlung für zwei Quartale umfasst (**Halbjahrespauschale**).

Die Pauschale kann abgerechnet werden, wenn innerhalb der letzten vier Quartale (inklusive des aktuellen) folgende Bedingungen erfüllt sind:

Diagnose: Dieselbe gesicherte chronische Erkrankung, die eine kontinuierliche medikamentöse Versorgung erfordert.

Kontakte: Mindestens drei Quartale mit Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Praxis.

Präsenz: Mindestens zwei dieser Kontakte müssen persönlich sein (einer davon darf per Videosprechstunde erfolgen)

Ausschluss: Besteht mehr als eine lebensverändernde chronische Erkrankung, ist die 03100 nicht berechnungsfähig.

Erneute Abrechnung (Folgequartale)

Eine erneute Abrechnung ist unter Berücksichtigung der Anmerkungen möglich, wenn:

Zwischen der letzten und der aktuellen Abrechnung **mehr als ein**, aber **nicht mehr als drei Quartale** ohne persönlichen Kontakt liegen.

Werden diese Zeiträume überschritten, müssen die Voraussetzungen für die Erstberechnung erneut vollständig erfüllt sein.

Die GOP 03100 ist bei Erfüllung der vorher genannten Voraussetzungen und bei Vorliegen einer der im Folgenden genannten gesicherten Diagnosen gemäß ICD-10 GM zu berechnen:

- 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(0), I10.9(0)
- Idiopathische Gicht: M10.0-

Die Versorgungspauschale (GOP 03100) ist analog zur Versichertenpauschale nach dem Alter differenziert und für die zwei folgenden Altersgruppen vorgesehen:

- **GOP 03103 - Versorgungspauschale für Patienten im Alter von 18-54 Jahren:** 45,36 Euro (365 Punkte)
- **GOP 03104 - Versorgungspauschale für Patienten im Alter von 55-75 Jahren:** 51,34 Euro (403 Punkte)

Diese sind im Quartal **nur von einer Vertragsarztpraxis** und im Folgequartal durch **keine andere Vertragsarztpraxis** berechnungsfähig. Bei zweimaliger Berechnung im Krankheitsfall muss mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Krankheitsfall stattgefunden haben.

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) sowie das problemorientierte ärztliche Gespräch (GOP 03230) bleiben neben der Versorgungspauschale im Behandlungsfall und im Folgequartal berechnungsfähig, da sich der Gesundheitszustand des Patienten im Laufe des Halbjahres verändern kann. Die Versichertenpauschale kann wie bisher durch andere Vertragsarztpraxen im selben und/oder Folgequartal ohne Abschläge berechnet werden, z. B. im Vertretungsfall.

Der Verwaltungskomplex (GOP 01430) ist im aktuellen Quartal sowie auch im Folgequartal nicht neben der Versorgungspauschale berechnungsfähig.

Neu: Die Chronikerpauschalen nach der GOP 03220/03221 können im Laufe desselben Quartals und im Folgequartal nicht durch andere Hausärzte berechnet werden, wenn eine andere Vertragsarztpraxis bereits die Versorgungspauschale berechnet hat.

Für Patienten, die dennoch eine intensivere Betreuung benötigen, besteht die Möglichkeit, einen Zuschlag zu berechnen, wenn im Folgequartal erneut ein Arzt-Patienten-Kontakt oder eine Videosprechstunde erfolgt. Dieser **Zuschlag** kann für **maximal acht Prozent der Behandlungsfälle** angesetzt werden (bei einem Ergebnis keiner ganzzahligen Fallzahl wird kaufmännisch gerundet).

Der Zuschlag (**GOP 03110**) im Folgequartal der Berechnung der Versorgungspauschale für Patienten mit intensivem Betreuungsbedarf ist analog zur Versorgungspauschale nach dem Alter differenziert.

- **GOP 03113** - Zuschlag ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr: 19,37 Euro (152 Punkte)
- **GOP 03114** - Zuschlag ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr: 22,04 Euro (173 Punkte)

Diese sind einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, höchstens zweimal im Krankheitsfall.

Vorhaltepauschale bei Patienten mit Versorgungspauschale: GOP 03043 bis 03045

Für Patienten, bei denen der Hausarzt eine Versorgungspauschale berechnet, werden die drei GOP 03043 bis 03045 eingeführt. Sie wurden unter Berücksichtigung der seit 1. Januar 2026 geltenden neuen Vergütungssystematik der Vorhaltepauschale (GOP 03040 sowie Zuschlags-GOP 03041 und 03042) für den Zeitraum der Versorgungspauschale, d. h. für zwei Quartale, ausgestaltet. Das bedeutet:

GOP 03043 - Zuschlag zur Versorgungspauschale

- einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall, 179 Punkte

Abhängig von der Größe der Praxis erfolgt ein Bewertungsauf- oder -abschlag:

- bei weniger als 400 Behandlungsfällen je Vollzeit tätigem Hausarzt: Abschlag von 18 Punkten
- bei mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Vollzeit tätigem Hausarzt: Aufschlag von 13 Punkten

Die Abschlagsregelung (40 Prozent) für Hausarztpraxen, die weniger als 10 Schutzimpfungen (Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA) im Quartal durchführen gilt auch für die GOP 03043.

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

Gestaffelter Zuschlag zur Vorhaltepauschale:

- **GOP 03044** bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 Kriterien: 14 Punkte
- **GOP 03045** bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien: 42 Punkte.

Ausnahmeregelung: Für diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen (bei mehr als 20 % der Patienten - Definition analog der Ausnahmeregelung bei der GOP 03040 bzw. 03043) ist die **GOP 03044 ohne die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien**

berechnungsfähig. Die Berechnung der GOP 03045 ist für diese Praxen bei Erfüllung der Mindestanzahl von acht Kriterien gemäß der Leistungslegendierung möglich. Die Zuschläge für diese Praxen sind durch die KV bundeseinheitlich mit dem Buchstabensuffix „S“ zu kennzeichnen.

Für Patienten, bei denen im Folgequartal der Berechnung der Versorgungspauschale aufgrund des intensiven Betreuungsbedarfs die GOP 03110 berechnet wird, werden die GOP 03046 bis 03048 als Zuschläge aufgenommen:

- **GOP 03046** als Zuschlag zur GOP 03110 im Folgequartal der Berechnung der GOP 03043: 77 Punkte
- **GOP 03047** als Zuschlag zur GOP 03046 im Folgequartal der Berechnung der GOP 03044: 6 Punkte
- **GOP 03048** als Zuschlag zur GOP 03046 im Folgequartal der Berechnung der GOP 03045: 18 Punkte

Analoge Regelungen für Zu- oder Abschläge, die sich auf die GOP 03043 beziehen, wurden für die GOP 03046 nicht vereinbart (Mindestanzahl Impfungen, Praxisgröße, Videosprechstunde).

Für die **Dokumentation und Berücksichtigung von Behandlungsfällen im Folgequartal** der Berechnung der GOP 03100 wird die **GOP 88230** aufgenommen. Diese gilt als Kennzeichnung zur Fallzählung und muss von der jeweiligen **Arztpraxis gesetzt werden sobald die Versichertenkarte im Quartal eingelesen wird.**

Findet im Quartal der Kontakt **ausschließlich in der Videosprechstunde** statt, ist der Behandlungsfall mittels der **GOP 88220** zu kennzeichnen. Zusätzlich ist die **GOP 01450** (Technikzuschlag) bei allen Videosprechstunden / Kontakten im Rahmen der Videosprechstunde beziehungsweise Videofallkonferenzen anzugeben.

Die Vorhaltepauschale und alle Zuschläge werden wie bisher durch die Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und auf der Homepage der KBV und im Merkblatt der KVS:

www.kbv.de/984706

<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>





<https://www.kvsaarland.de/kb/merkblaetter>

2. Elektronische Ersatzbescheinigung & Start VSDM 2.0 - Wichtige Änderungen ab Juli 2026

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben im Zuge des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) wichtige vertragliche und technische Änderungen beschlossen. Die neuen Regelungen treten zum 01. Juli 2026 in Kraft. Hier sind die wichtigsten Änderungen für Arztpraxen im Überblick.

1. Elektronische Ersatzbescheinigung (eEB) direkt über die Praxis anfordern.

Wenn Patienten ihre elektronische (eGK) beim Praxisbesuch vergessen haben, oder die Karte defekt ist, gibt es ab dem 01. Juli 2026 einen deutlich unbürokratischeren Weg, um den Versicherungsstatus nachzuweisen.

- **Direkte Anforderung bei bekannten Patienten:** Praxen können die eEB in Ausnahmefällen für ihnen bereits bekannte Versicherte direkt bei der Krankenkasse anfordern
- **Voraussetzungen:** der Patient muss einwilligen, und der Arzt muss diese Einwilligung im Praxisverwaltungssystem (PVS) dokumentieren
- **Technischer Weg:** Die Anfrage erfolgt direkt aus dem PVS über den sicheren E-Mail-Dienst KIM.
- **Alternativer Weg (durch den Versicherten):** Der Patient kann die eEB weiterhin selbst über seine Krankenkassen-App anfordern. Die Praxis stellt dafür ihre KIM-Adresse (z. B. via QR-Code) bereit. Die Krankenkasse übermittelt die eEB dann als Datensatz direkt an die Praxis.

2. Start von VSDM 2,0: Stammdaten direkt vom Fachdienst

Mit dem Start von **VSDM 2.0** (Versichertenstammdatenmanagement) ändert sich der technische Abrufweg der Patientendaten, während der gewohnte Praxisablauf gleichbleibt.

- **Direkter Abruf:** Die Versichertendaten werden nicht mehr von der eGK selbst, sondern direkt vom Fachdienst der jeweiligen Krankenkasse abgerufen
- **Zusätzliche Daten:** Zukünftig werden auch Angaben zur Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) und zu Wahlтарифen nach § 53 SGB V übermittelt, sofern diese der Kasse vorliegen.
- **Technischer Standard:** Die Datenübertragung erfolgt modernisiert im FHIR-Standard.

Wichtig für die Abrechnung und ePA: Ohne erfolgreiches VSDM erhalten Praxen keinen automatischen Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA). Dieser Zugriff kann alternativ über die

Krankenkassen-App freigegeben werden oder die eGK wurde schon eingelese, danach hat die Praxis 90 Tage Zugriff auf die ePA.

3. Übergangsphase: Parallelbetrieb von VSDM 1.0 und 2.0

Um einen reibungslosen Übergang zu gewährleisten, wird ein Parallelbetrieb der beiden Versionen eingerichtet.

- **Voraussichtlicher Start:** 1. September 2026
- **Abrechnungssicherheit:** Für die Praxen ergeben sich in der Abrechnung keine Änderungen. Durch ein technisches Mapping der KVDT- Felder in der Praxissoftware wird eine vertragskonforme Abwicklung des Abrechnungsprozesses sichergestellt.

Weitere Informationen finden sie im Beschluss der KBV unter folgendem Link:



<http://www.kbv.de/infotehk/rechtsquellen/bundesmanteilvertrag>

3. Folgeverordnung für außerklinische Intensivpflege per Videosprechstunde ab 01. Juni 2026 möglich

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat Anpassungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bekannt gegeben. Ab dem **01. Juli 2026** ist die Folgeverordnung von außerklinischer Intensivpflege unter bestimmten Voraussetzungen auch im Rahmen einer Videosprechstunde zulässig.

Erweiterung der GOP 37710

Die Gebührenordnungsposition (GOP) für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege wird im obligaten Leistungsinhalt um den Arzt-Patienten-Kontakt per Videosprechstunde ergänzt. Basis hierfür ist die geänderte Richtlinie (AKI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung „V“ zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Portokostenabrechnung

Wenn die Vordrucke (Muster 62 B und ggfs. 62C) postalisch an die Patienten bzw. Bezugspersonen versendet werden, können diese Kosten über die entsprechende **Kostenpauschale 40128** abgerechnet werden.

Weitere Informationen finden sie im Beschluss der KBV unter folgendem Link:

<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>



www.kbv.de/984706



4. Klarstellung zur Abrechnung anästhesiologischer Leistungen beim ambulanten Operieren (§115b SGB V)

Zwischen dem **GKV-Spitzenverband**, der **Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)** und der **KBV** wurde eine gemeinsame Sprachregelung vereinbart, um anhaltende Unklarheiten und Nachfragen bei der Abrechnung von Anästhesieleistungen im Rahmen des ambulanten Operierens zu beseitigen.

Hintergrund sind die im Jahr 2024 neu in den AOP-Katalog aufgenommenen Eingriffe, die nur dann unter Narkose durchgeführt werden können, wenn eine entsprechende Markierung in Spalte 6 des AOP-Katalogs vorliegt.

Das gemeinsame Verständnis im Überblick:

- **Keine abschließende Regelung durch Spalte 6:**
Die Erbringung und Abrechnung anästhesiologischer Leistungen in Anlage 1, Abschnitt 2 des AOP-Vertrages ist **nicht** ausschließlich über die Ausweisung von Gebührenordnungspositionen in Spalte 6 geregelt.
- **Fokus der Nr. 13 (Präambel 5.1 EBM):**
Diese zum 1. Januar 2024 aufgenommene Regelung betrifft ausschließlich die Abrechnung von Anästhesieleistungen im Zusammenhang mit den spezifischen neu aufgenommenen OPS-Codes, sofern **Kontraindikationen gegen eine Lokal- oder Leitungsanästhesie** bei diesen Eingriffen vorliegen.
- **Bestandsschutz für andere Leistungen:**
Für alle anderen Leistungen aus Abschnitt 2 des AOP-Katalogs, bei denen in Spalte 6 kein Hinweis auf anästhesiologische Gebührenordnungspositionen enthalten ist, gelten die bisherigen, bestehenden Regelungen unverändert weiter.

5. Übergangslösung sichert ambulante Operationen bei Kindern und Jugendlichen

Der GKV Spitzenverband und (GKV-SV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben sich einvernehmlich auf eine wichtige Übergangsregelung geeinigt.

Ambulant durchführbare Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen (unter 18 Jahren) werden ab sofort und überbrückend deutlich besser vergütet. Diese Regelung gilt befristet bis zum **31. Dezember 2026**, bevor im Jahr 2027 eine neue dauerhafte Regelung in Kraft treten soll.

Die neuen Gebührenordnungspositionen (**GOP 31950 bis 31997**) stehen im neuen EBM-Abschnitt 31.8. Die Zuschläge können Ärzte abrechnen, wenn sie eine ambulante Operation gemäß EBM-Abschnitt 31.2 bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr durchführen und die Leistungslegende des Zuschlags den entsprechenden OPS-Code enthält. Dazu sind in der Leistungslegende des Zuschlags alle OPS-Kodes des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs genannt, die ebenfalls im Anhang 2 zum EBM gelistet sind. Vorgesehen ist ein **Zuschlag in Höhe von 60 Prozent auf die ambulante Operation inklusive der Anästhesie**.

Die Abrechnung der Operations- und Anästhesieleistungen sowie der mit der Operation zusammenhängenden Leistungen erfolgt nach den Regularien des EBM im Rahmen der gesamtvertraglichen Abrechnung. **Laborleistungen und Sachkosten bleiben damit zusätzlich berechnungsfähig.** Gemäß der Logik der Hybrid-DRG-Fallpauschalen ist über den jeweiligen Zuschlag sowohl eine Angleichung der operativen als auch der anästhesiologischen Leistung vorgesehen. **Aus systematischen Gründen ist ein Zuschlag allerdings ausschließlich auf die jeweils zutreffende GOP für die ambulante Operation nach Abschnitt 31.2 über den EBM berechnungsfähig. Erfolgt die Leistung unter Anästhesie gemäß Abschnitt 31.5.3 EBM, ist der Zuschlag im Innenverhältnis zwischen Operateur und Anästhesist aufzuteilen.**

Zum Hintergrund der Entscheidung

Die Neuregelung wurde notwendig, da durch das Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG) zuvor ein Ausschluss von Leistungen für Kinder unter 18 Jahren aus der Hybrid-DRG-Vergütung (§ 115f Absatz 2 Satz 5 SGB V) erfolgt war.

Um die dadurch entstandene Lücke kurzfristig zu schließen und den ambulanten Bereich zu stärken, wurde mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) am 15. April 2026 die rechtliche Grundlage für diese Übergangslösung geschaffen. Die Anpassung der Vergütung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist entsprechend bis zum 31. Dezember 2026 befristet.

Weitere Informationen finden sie im Beschluss der KBV unter folgendem Link:

<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>





www.kbv.de/984706

*Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Saarland - Europaallee 7-9 - 66113 Saarbrücken - Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Tel 0681 99 83 70 – Fax: 0681 99 83 71 40 - Mail info@kvsaarland.de - Web www.kvsaarland.de
Verantwortlich: Vorstand - Redaktion: Öffentlichkeitsarbeit
- Zuständige Aufsichtsbehörde: Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit*

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument auf eine geschlechtsneutrale Differenzierung (z.B. Ärztinnen/ Ärzte) verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit nur die Gruppe der Ärzte genannt wird, ist hiermit selbstverständlich auch die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten gemeint.