KVNO Praxisinformation

30. September 2025

EXTRA

In dieser KVNO-Praxisinformation lesen Sie:

Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung: Was sich ab 2025 ändert

Lange gefordert, nun wird sie endlich Realität: Zum 1. Oktober tritt für Hausärztinnen und Hausärzte die Entbudgetierung in Kraft. Ein Schritt, der nicht nur finanzielle Auswirkungen hat, sondern auch die Honorarverteilung nachhaltig verändert.

Vorhaltepauschale für Hausärzte ab 1. Januar 2026 neu geregelt

Grundlage für die Abrechnung der neuen Pauschale ist ein Katalog von zehn Leistungskriterien. Damit verbunden sind Änderungen bei den bisherigen Zu- und Abschlagsregelungen.

Versorgungspauschale noch in Verhandlung

Sie soll ab 1. Januar 2026 die Versichertenpauschale und die Chronikerleistungen für bestimmte Patientinnen und Patienten ersetzen.

KVNO Praxisinformation
30. September 2025
EXTRA

Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung: Was sich ab 2025 ändert

Ab dem 4. Quartal werden die meisten hausärztlichen Leistungen zu 100 Prozent vergütet. Konkret bedeutet das, dass die bisherigen Regelleistungsvolumina (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets (QZV) für Hausärztinnen und Hausärzte künftig entfallen. Leistungen nach Kapitel 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie hausärztlich durchgeführte Besuche bei Patientinnen und Patienten werden künftig nach der regionalen Euro-Gebührenordnung honoriert.

Mehrbedarf wird gegenfinanziert

Auch wenn nur bestimmte Leistungsbereiche entbudgetiert werden, so betrifft dies doch über 85 Prozent der hausärztlichen Honorare – und somit einen erheblichen Teil der bisherigen Vergütung. Damit fließt spürbar mehr Geld in den hausärztlichen Bereich.

Zukünftig werden diese Leistungen in der sogenannten Hausarzt-MGV zusammengefasst.
Reichen die Finanzmittel nicht aus, erfolgt ein Ausgleich durch die Krankenkassen. Das bedeutet:
Bei Mehrbedarf – etwa während einer Grippewelle – werden zusätzliche Leistungen vollständig vergütet.

Auswirkungen auf Praxen

Ob eine Praxis von der Entbudgetierung profitiert, hängt von mehreren Faktoren ab: zum einen von der bisherigen Höhe der RLV- und QZV-Überschreitungen, zum anderen von der neuen Abrechnungsrealität. Klar ist: Praxen mit einem breiten hausärztlichen Leistungsspektrum gehören zu den Gewinnern der Reform. Sie können durch die Entbudgetierung spürbare Vorteile erzielen. Praxen, die sich auf ein Minimum beschränken, werden dagegen weniger profitieren.

Wegfall förderungswürdiger Leistungen

Die bisherigen förderungswürdigen Leistungen für die Behandlung von multi-morbiden Patienten sowie Patienten mit einer ADHS-Diagnose mussten entfallen. Die Finanzmittel werden dabei in die Hausarzt-MGV überführt oder stehen für die restlichen Leistungen zur Verfügung.

Anpassungen im HVM für nicht entbudgetierte Leistungen

Neben der Entbudgetierung wesentlicher hausärztlicher Leistungen mussten auch Regelungen für diejenigen Leistungen getroffen werden, die weiterhin im Budget verbleiben. Im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wurden dafür neue Vergütungsregelungen verankert.

Anpassungen im HVM für nicht entbudgetierte Leistungen

Vergütung als freie Leistungen (100 % der regionalen Euro-Gebührenordnung)

Haus- und Besuchsleistungen außerhalb der Entbudgetierung	■ Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 sowie 01415 (für Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin) ■ Unvorhergesehene Inanspruchnahmen nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM
Schmerztherapie	Leistungen nach den GOP 30700 bis 30708 EBM
Delegierte Leistungen	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen durch Praxispersonal nach den GOP 38100 bis 38105
Kostenleistungen	Leistungen des Kapitels 40

Vergütung als kontingentierte Leistungen (mit floatendem Punktwert)

Kontingente für Haus- und Kinderärztinnen/-ärzte	■ Psychotherapie: Abschnitte 35.1 und 35.3 (nicht antrags- bzw. genehmigungspflichtige Leistungen) ■ Allergologie und Hyposensibilisierung (Abschnitt 30.1)
Kontingente nur für Hausärztinnen und Hausärzte	■ Sonographie ■ Kapitel-30-Leistungen (mit Ausnahme von 30.1 und 30.7.1)

Weitere Regelungen

Laborleistungen	Bleiben unverändert in der bisherigen Systematik.
Übrige Leistungen	Werden mit einem jahresbezogenen Durchschnittspunktwert vergütet, der sich dynamisch aus der Abrechnung ergibt.

KVNO Praxisinformation
30. September 2025
EXTRA

Vorhaltepauschale für Hausärzte ab 1. Januar 2026 neu geregelt

Die seit 2013 bestehende Vorhaltepauschale (GOP 03040) für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages wurde durch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) neu gestaltet. Vorgabe des Gesetzgebers war, die Neustrukturierung aufkommensneutral umzusetzen. Die neu geregelte Vorhaltepauschale wird zum 1. Januar 2026 eingeführt und soll zur stärkeren Förderung der hausärztlichen Grundversorgung beitragen.

Systematik der neuen Pauschale ab 2026

Die Grundstruktur der bisherigen Vorhaltepauschale bleibt erhalten: Die GOP 03040 wird weiterhin einmal je Behandlungsfall ausgezahlt – sofern im Quartal **keine fachärztlichen Leistungen** abgerechnet werden. Änderungen gibt es bei den Zu- und Abschlagsregelungen anhand bestimmter Kriterien.

Die Vorhaltepauschale und ggf. Zuschläge werden durch die KV Nordrhein automatisch zugesetzt. Beide Leistungen werden vor dem Hintergrund der Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen des EBM zum 1. Oktober in voller Höhe gezahlt.

Die neue Vorhaltepauschale

Bisherige Regelung	Neue Regelung ab 1. Januar 2026
Bewertung der GOP 03040 138 Punkte (17,10€)	**Bewertung der GOP 03040** 128 Punkte (15,86€)
Abschläge: < 400 Behandlungsfälle* → - 13 Punkte (-1,61€)	**Abschläge:** < 400 Behandlungsfälle → - 13 Punkte (-1,61€) < 10 Schutzimpfungen → - 40% auf die Vorhaltepauschale
Aufschläge: > 1.200 Behandlungsfälle → +13 Punkte (+1,61€)	**Aufschläge:** > 1.200 Behandlungsfälle → + 9 Punkte (+1,12€) 2–7 Kriterien erfüllt → Zuschlags-GOP 03041 (10 Punkte/1,24€) 8–10 Kriterien erfüllt → Zuschlags-GOP 03042 (30 Punkte/3,72€)

* Anforderungen je Arzt und quartalsbezogen

Ausnahmeregelungen für Schwerpunktpraxen

Für diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen haben KBV und GKV-Spitzenverband zwei Ausnahmen vereinbart. Hausärztinnen und Hausärzte in diesen Praxen

- bekommen den 10-Punkte-Zuschlag zur Vorhaltepauschale (GOP 03041) auch ohne die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien. Für den höheren Zuschlag von 30 Punkten (GOP 03042) müssen sie aber wie alle anderen Hausärztinnen und Hausärzte mindestens acht Kriterien erfüllen.
- erhalten keinen 40-prozentigen Abschlag auf die Vorhaltepauschale, auch wenn weniger als zehn Schutzimpfungen durchgeführt werden.

Schwerpunkt- bzw. Substitutionspraxis im Sinne dieser Ausnahmeregelungen sind solche Praxen, in denen Hausärztinnen und Hausärzte bei mehr als 20 Prozent der Patienten spezialisierte diabetologische Behandlungen, spezialisierte Behandlungen von Patienten mit HIV/AIDS (EBM-Abschnitt 30.10) oder substitutionsgestützte Behandlungen Opioidabhängiger (EBM-Abschnitt 1.8) durchführen.

Die 10 Kriterien im Überblick

Kriterium	Anforderung zur Erfüllung des Kriteriums*
1. Haus- und Pflegeheimbesuche GOP 01410 – 01413, 01415, 01721, 03062, 03063, 38100 und/oder 38105	mindestens 5 %
2. Geriatrische/palliativmedizinische Versorgung GOP der EBM-Abschnitte 3.2.4, 3.2.5 und 37.3, 30980 und/oder 30984	mindestens 12 %
3. Kooperation Pflegeheim GOP des EBM-Abschnittes 37.2	mindestens 1 %
4. Schutzimpfungen Gemäß Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA	mindestens 7 % im 1. bis 3. Quartal mindestens 25 % im 4. Quartal
5. Kleinchirurgie/Wundversorgung/postoperative Behandlung GOP 02300 – 02302, 02310 – 02313 und/oder 31600	mindestens 3 %
6. Ultraschalldiagnostik Abdomen und/oder Schilddrüse GOP 33012 und/oder 33042	mindestens 2 %*
7. Hausärztliche Basisdiagnostik Langzeit-RR und/oder Langzeit-EKG und/oder Belastungs-EKG und/oder Spirographie (GOP 03241, 03321, 03322, 03324 und/oder 03330)	mindestens 3 %*
8. Videosprechstunde GOP 01450	mindestens 1 %*
9. Zusammenarbeit	a) Fachgleiche BAG von HÄ oder b) Teilnahme an Qualitätszirkeln
10. Sprechstunden/Praxisöffnungszeiten Mittwochs und/oder Freitags nach 15 Uhr, an einem Werktag nach 19 Uhr und/oder vor 8 Uhr	Angebot von mindestens 14-täglich stattfindenden Sprechstunden

*Summe der Leistungen im Verhältnis zu allen hausärztlichen Behandlungsfällen

Anmerkungen zum Kriterienkatalog

Die Erfüllung eines Kriteriums richtet sich nach dem Anteil der geforderten Leistungen an allen Behandlungsfällen einer Praxis. Jede erbrachte und abgerechnete Leistung wird dabei mitgezählt. Leistungen und Behandlungsfälle aus Selektivverträgen – zum Beispiel aus dem HZV-Vertrag – fließen allerdings nicht in die Berechnung ein.

Für das 10. Kriterium gilt: Sprechstunden- bzw. Praxisöffnungszeiten müssen wie gewohnt im KVNO-Portal eingetragen sein.

Bedeutung für die Praxis

Eine aktuelle Auswertung der Abrechnungsdaten hat ergeben:

- Über 80 Prozent der hausärztlichen Praxen in Nordrhein erfüllen mindestens zwei der vorgegebenen Kriterien und damit grundsätzlich die Voraussetzung für den Zehn-Punkte-Zuschlag nach der GOP 03041.
- Vier Prozent der hausärztlichen Praxen erfüllen acht und mehr Kriterien und würden damit künftig einen 30-Punkte-Zuschlag nach der GOP 03042 erhalten.

Mit den Abrechnungsunterlagen des 2. Quartals stellen wir allen hausärztlichen Praxen eine Übersicht zusammen, aus der Sie ablesen können, wie viele Kriterien Ihre Praxis bereits erfüllt. Mit Beginn der Neuregelung erhalten Sie auch im Regelwerksprotokoll zur Vorprüfung einen Nachweis über die Erfüllung der Kriterien.

So werden Kriterien angerechnet – drei Beispiele aus dem Praxisalltag

Haus- und Pflegeheimbesuche
Bei 1.000 Behandlungsfällen im Quartal müssen mindestens 50 Besuche stattfinden, um das Kriterium zu erfüllen. Mehrfachbesuche beim gleichen Patienten zählen dabei einzeln, werden also aufsummiert. Ebenso werden Besuche berücksichtigt, die das Praxispersonal durchführt.

Geriatrische oder palliativmedizinische Versorgung
Bei 1.000 Behandlungsfällen sind 120 Leistungen erforderlich – zum Beispiel Basisassessments, Betreuungskomplexe oder Ersterhebungen des Patientenstatus. Mehrfachleistungen bei einem Patienten werden jeweils einzeln gezählt. Wichtig: Leistungen aus dem Strukturvertrag Palliativversorgung (AAPV-Vertrag) sind ausgeschlossen.

Schutzimpfungen
Im 4. Quartal sind bei 1.000 Behandlungsfällen mindestens 250 Impfungen nötig, im ersten bis dritten Quartal jeweils 70. Maßgeblich ist die Zahl der Impfungen, nicht die Zahl der geimpften Patienten. Mehrfachimpfungen beim gleichen Patienten – etwa Influenza, COVID-19 und RSV – fließen ebenfalls vollständig ein.

Versorgungspauschale noch in Verhandlung

Im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) hat die Bundesregierung neben der Vorhaltepauschale auch die Einführung einer Versorgungspauschale für Patientinnen und Patienten festgelegt, bei denen wegen einer chronischen Erkrankung zwar eine kontinuierliche Arzneimittelversorgung, aber kein intensiver Betreuungsbedarf nötig ist.

Die Versorgungspauschale soll nach Vorgabe des Gesetzgebers von der Selbstverwaltung so geregelt werden, dass sie je Versicherten unabhängig von der Anzahl und Art der Kontakte des Versicherten mit der jeweiligen Arztpraxis innerhalb eines bestimmten Zeitraums nur einmal durch eine einzige, die jeweilige Erkrankung behandelnde Arztpraxis abzurechnen ist.

Die Pauschale wird derzeit noch auf der Bundesebene verhandelt. Geplant ist sie als Halbjahrespauschale. Sie soll die Versichertenpauschale und die Chronikerleistungen für eine bestimmte Patientengruppe ersetzen. Nach aktuellem Stand soll sie analog zur Vorhaltepauschale zum 1. Januar 2026 starten.