KVH Telegramm

Nr. 11 / 10. August 2026

Aktuelle Informationen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

GKV-Spargesetz: Umfangreiches Informationspaket zu den Auswirkungen auf die ambulante Versorgung

Zum 30.07.2026 ist das Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV-BStabG, in Kraft getreten. In Ergänzung unseres Telegrammbeitrags vom 16.7.26 zu den Auswirkungen auf die Honorare ab 2027 stellen wir Ihnen hiermit ausführliche Informationen für Ihre Praxis zu den Änderungen durch das GKV-BStabG zusammen.
Unter dem Link https://www.kbv.de/spargesetz hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein umfangreiches Informationspaket zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingestellt:
• PraxisInfo zu den Auswirkungen inklusive einer Sparliste kompakt
• Sparliste mit allen Maßnahmen des Spargesetzes, die Praxen betreffen
• Patienteninformation zum Ausdrucken (A4)
• Plakat für das Wartezimmer zum Ausdrucken (A3)
(Am Ende des Telegramms angefügt)

Einige Regelungen sind zusammen mit dem Gesetz am 30.07.2026 in Kraft getreten, siehe Liste. Viele Regelungen gelten ab 01.01.2027, z. B. die Streichung der Vergütung für Beratung zur Organ- und Gewebespende.

Die bereits gültigen Änderungen lauten wie folgt:

Änderung zum 30.07.2026: Cannabisblüten ab sofort nicht mehr zulasten der GKV verordnungsfähig – neue Vorgaben für die Cannabistherapie

Mit Inkrafttreten des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes am 30. Juli 2026 haben sich die gesetzlichen Regelungen zur Verordnung von Cannabis zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung geändert. Cannabisblüten sind seitdem grundsätzlich von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Außerdem muss die Versorgung zukünftig zunächst mit einem zugelassenen cannabishaltigen Fertigarzneimittel im Rahmen eines sechsmonatigen Therapieversuchs zu erfolgen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat uns über weitere Einzelheiten informiert und beantwortet wichtige Fragen, die in den vergangenen Tagen auch an uns herangetragen

wurden (Praxisnachrichten vom 06.08.2026 https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/08-06/neue-regelungen-zur-verordnung-von-cannabis-kbv-und-gkv-spitzenverband-schaffen-klarheit):

Cannabisblüten sind ab sofort keine Kassenleistung mehr
Der bisherige Leistungsanspruch auf Cannabis in Form von getrockneten Blüten entfällt. Eine ärztliche Verordnung der getrockneten Blüten zulasten der GKV ist damit ab sofort nicht mehr möglich. Bei Fragen zu einer möglichen Fortführung einer bereits genehmigten Therapie mit Cannabisblüten müssen sich Versicherte an ihre zuständige Krankenkasse wenden. Im Falle einer positiven Rückmeldung der Krankenkasse müsste die Fortgeltung schriftlich, einschließlich der Angabe der Dauer der Fortgeltung, auch gegenüber dem verordnenden Arzt oder der verordnenden Ärztin bestätigt werden.

Zugelassene Fertigarzneimittel haben bei Therapiebeginn Vorrang
Bei einer neu einzuleitenden Cannabistherapie hat die Versorgung grundsätzlich zunächst mit einem zugelassenen cannabishaltigen Fertigarzneimittel im Rahmen eines sechsmonatigen Therapieversuchs zu erfolgen.
Da insbesondere diese Regelung zu vielen Fragen geführt hat, haben sich KBV und GKV-Spitzenverband auf eine gemeinsame Auslegung verständigt. Danach gilt die Vorgabe, dass zunächst ein sechsmonatiger Therapieversuch mit einem cannabishaltigen Fertigarzneimittel erfolgen muss, nur für die Indikationen, für die die jeweiligen Fertigarzneimittel auch zugelassen sind. Bei Patientinnen und Patienten mit starken Schmerzen oder anderen Indikationen, in denen keine zugelassenen Fertigarzneimittel zur Verfügung stehen, können Ärztinnen und Ärzte nach der gemeinsamen Auslegung von KBV und GKV-Spitzenverband bei der erstmaligen Versorgung sofort einen Extrakt oder ein anderes cannabishaltiges Arzneimittel verordnen. Ein Therapieversuch mit einem Fertigarzneimittel ist hier nicht erforderlich. Auch haben Patienten, die bisher mit Cannabis in Form von Extrakten oder Rezepturen behandelt wurden, weiterhin Anspruch darauf. Ärzte dürfen ihnen Folgeverordnungen für Cannabis-Extrakte oder Rezepturen ausstellen. Auch in diesen Fällen entfällt die Pflicht für einen sechsmonatigen Therapieversuch mit einem Fertigarzneimittel.

Was gilt, wenn das Fertigarzneimittel nicht vertragen wird oder nicht wirkt?
Zeigt sich innerhalb des sechsmonatigen Therapieversuchs, dass das in der jeweiligen Indikation zugelassene Fertigarzneimittel nicht vertragen wird oder unwirksam ist, muss die Behandlung nicht bis zum Ablauf der sechs Monate fortgeführt werden. Eine Weiterverordnung wäre unter dem Gesichtspunkt des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zweckmäßig. In diesem Fall kann unmittelbar auf einen Cannabisextrakt umgestellt werden. Ein verpflichtender Therapieversuch mit einem zweiten Fertigarzneimittel besteht nach der aktuellen gemeinsamen Auslegung von KBV und GKV-Spitzenverband ebenfalls nicht.

Genehmigung und Dokumentation bei der Umstellung von Cannabisblüten
Die gemeinsame Klarstellung von KBV und GKV-Spitzenverband umfasst keine Cannabisblüten. Sie dürfen seit Inkrafttreten des Gesetzes am 30. Juli nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Ärztinnen/Ärzte müssen Patientinnen und Patienten, die bisher mit Cannabisblüten behandelt wurden, auf ein anderes cannabishaltiges Arzneimittel umstellen. Bei der Umstellung von Cannabisblüten auf ein anderes cannabishal-

tiges Arzneimittel ist grundsätzlich eine erneute Genehmigung der Krankenkasse erforderlich, sofern die Verordnung nicht durch einen Arzt bzw. eine Ärztin erfolgt, der bzw. die vom Genehmigungsvorbehalt nach Anlage XI der Arzneimittel-Richtlinie befreit ist. Der Grund für die Umstellung sollte ärztlicherseits nachvollziehbar dokumentiert werden. Dies gilt insbesondere auch für genehmigungsfreie Verordnungen. Ärztinnen und Ärzte, die grundsätzlich vom Genehmigungsvorbehalt befreit sind, können weiterhin freiwillig eine Genehmigung der Krankenkasse einholen, wenn sie dies zur zusätzlichen Absicherung für sinnvoll halten.

Änderung zum 30.07.2026: Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Anthroposophie und Homöopathie) nicht mehr verordnungsfähig

Mit Inkrafttreten des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes am 30. Juli 2026 sind Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (**Anthroposophie und Homöopathie**) künftig von der Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Damit können homöopathische und anthroposophische Arzneimittel auch bei Kindern ab dem 30. Juli 2026 nicht mehr zulasten der GKV verordnet werden. Krankenkassen können die Kosten für entsprechende Arzneimittel und Leistungen noch bis zum 31. Dezember 2026 im Rahmen freiwilliger Satzungsleistungen übernehmen. Ab dem 1. Januar 2027 ist auch eine Kostenübernahme als Satzungsleistung gesetzlich ausgeschlossen.

Vergütung der Erst- und Folgebefüllung der ePA: Letzendliche Entscheidung unter Umständen noch ausstehend

Mit dem Inkrafttreten des Spargesetzes ist vorgesehen, die gesetzliche Grundlage für eine gesonderte Vergütung der Erst- und Folgebefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) aufzuheben. Künftig soll die Befüllung der ePA ausschließlich auf Grundlage des **§ 346 Abs. 1 SGB V** erfolgen und nicht mehr gesondert vergütet werden.

Von dieser Änderung betroffen sind die Gebührenordnungspositionen (GOP) **01648** (Erstbefüllung) sowie **01647** und **01431** (Folgebefüllung), deren Abrechnungsfähigkeit nach der ursprünglichen Regelung mit Wirkung zum **30.07.2026** entfallen sollte.

Der Bewertungsausschuss wird sich voraussichtlich am **25. August 2026** mit der weiteren Vergütung der ePA-Befüllung befassen. Bis zu einer abschließenden Beschlussfassung können die GOP **01648**, **01647** und **01431** weiterhin angesetzt werden. Dies erfolgt jedoch ausschließlich unter dem Vorbehalt der noch ausstehenden Entscheidung des Bewertungsausschusses.

Fragen und Antworten für Praxen zur GKV-/PKV-Sprechstunde

In jüngster Zeit erhält die KV Hamburg Fragen zum rechtlichen Rahmen, innerhalb dessen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Privatsprechstunden anbieten können, ohne ihren Pflichten gegenüber gesetzlich Versicherten und dem Sicherstellungsauftrag zu verletzen. Im Folgenden finden Sie die wichtigsten Fragen und Antworten der KV Hamburg zu dem Thema.
Soweit im Folgenden von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten die Rede ist, sind hierunter auch die weiteren vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Leistungserbringer zu verstehen, soweit sich aus dem jeweiligen Zusammenhang nichts anderes ergibt.

Zeitlicher Umfang des Versorgungsauftrags: Sprechstundenangebot in der vertragsärztlichen Praxis

In welchem zeitlichen Umfang habe ich Sprechstunden für GKV-Versicherte zu organisieren?
Gem. § 98 Abs. 2 Nr. 10 SGB V, § 19a Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV ist ein Arzt / eine Ärztin durch die Zulassung grundsätzlich verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Ein diesbezüglich voller Versorgungsauftrag (volle Zulassung) verpflichtet gem. §§ 98 Abs. 2 Nr. 10 SGB V i.V.m. 19a Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV, 17 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zu mindestens 25 Sprechstunden pro Woche für GKV-Versicherte.
Bestimmte Fachärzte und Fachärztinnen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung haben bei einem vollen Versorgungsauftrag davon mindestens 5 offene Sprechstunden ohne gesonderte Terminvereinbarung anzubieten.
Zu den Fachärztinnen und Fachärzte der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung gehören: Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen, Orthopäden, Psychiater und Urologen (§ 17 Abs. 1a S. 3 BMV-Ä).
Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten die Sprechstundenzeiten pro Woche anteilig, je nach Umfang des Versorgungsauftrags (§ 19a Abs. 1 S. 4 Ärzte-ZV, § 17 Abs. 1a S. 4 BMV-Ä).
Die vertragsärztliche Tätigkeit ist zeitlich überwiegend an dem Vertragsarztsitz auszuüben, wenn sie zusätzlich an einem oder weiteren Tätigkeitsorten außerhalb des Vertragsarztsitzes ausgeübt wird.
Vorstehende Regelungen betreffend die Sprechstunden gelten gem. § 17 Abs. 1b BMV-Ä für angestellte Ärztinnen und Ärzte unter Berücksichtigung des vom Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeitsumfangs entsprechend.

Was zählt als „Sprechstundenzeiten“?
Als Sprechstunden gelten gem. § 17 Abs. 1a BMV-Ä Zeiten, in denen der Vertragsarzt / die Vertragsärztin für die Versorgung der Versicherten unmittelbar zur Verfügung steht. Auf die Sprechstundenzeiten werden die Besuchszeiten des Vertragsarztes / der Vertragsärztin angerechnet (§ 17 Abs. 1a S. 2 und 6 BMV-Ä). Ebenso sind Tätigkeiten auf die Mindestsprechstundenzeiten anzurechnen, die Vertragsärzte / Vertragsärztinnen im Rahmen spezialisierter Tätigkeitsbereiche, z.B. termingebunden als ambulante Operationen, ausüben.

Wie habe ich die Sprechstunden anzubieten / zu verteilen? Kann ich zum Beispiel die Sprechstunden für GKV-Behandlungen auf einzelne Tage pro Woche verteilen?
Bei der Verteilung der Sprechstunden gelten die bundesmantelvertraglichen Vorschriften. Ein ausdrückliches Verbot, die verpflichtenden Mindestsprechstunden von 25 Stunden pro Woche auf z. B. 4 Tage zu verteilen, ist hier nicht geregelt. Diesbezüglich vorgegeben wird in § 17 Abs. 1 S. 1 BMV-Ä, dass der Vertragsarzt / die Vertragsärztin Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung von mindestens 25 Wochenstunden (bei vollem Versorgungsauftrag) festzusetzen und auf einem Praxisschild bekanntzugeben hat.
Gem. § 17 Abs. 2 BMV-Ä sind bei der Verteilung der Sprechstunden die Besonderheiten des Praxisbereichs und die Bedürfnisse der Versicherten (z.B. durch Sprechstunden am Abend oder an Samstagen) zu berücksichtigen. Diese Vorgaben gelten gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sowohl für die Verteilung der Sprechstunden über den Tag als auch für die Verteilung der Sprechstunden über die Woche. Die Sprechstunden seien danach grundsätzlich gleichmäßig auf die einzelnen Wochentage zu verteilen und nicht etwa auf einzelne Tage (z.B. Montag und Dienstag zu je 10 Stunden) zu „blocken“. Es entspreche den Bedürfnissen der Versicherten am ehesten, wenn sie den Vertragsarzt/-ärztin an jedem Werktag aufsuchen können (BSG, Urteil vom 20.11.2016, Az.: B 6 KA 38/15 R).

Welche Konsequenzen ergeben sich, wenn die geforderten Mindestsprechstundenzeiten nicht einhalten werden?
Die KV ist gem. § 95 Abs. 3 S. 4 SGB V verpflichtet, die Einhaltung der vorgegebenen Sprechstunden von mindestens 25 Stunden wöchentlich (bzw. bei einem reduzierten Versorgungsauftrag entsprechend anteilig) zu überprüfen. Dies erfolgt insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand.
Wird die geforderte Mindestsprechstundenanzahl in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten, hat die KV gem. § 19a Abs. 4 Ärzte-ZV den Vertragsarzt / die Vertragsärztin aufzufordern, umgehend die Anzahl der Sprechstunden zu erhöhen bzw. den tatsächlichen Leistungsumfang auszuweiten oder den Versorgungsauftrag zu beschränken. Kann der Vertragsarzt / die Vertragsärztin keine rechtfertigenden Gründe für das Unterschreiten vortragen oder ist er / sie der Aufforderung nicht nachgekommen, hat die KV die Vergütung zu kürzen. Bei wiederholtem oder fortgesetztem Verstoß kommt auch eine vollständige oder anteilige Entziehung der Zulassung durch den Zulassungsausschuss in Betracht.
Weitere Folge kann auch die Einleitung eines Disziplinarverfahrens gegenüber einzelnen Mitgliedern der KV sein.

Kann ich zusätzlich Privatsprechstunden anbieten?
Es besteht kein normiertes Verbot für Vertragsärzte / Vertragsärztinnen, Privatsprechstunden anzubieten. Wird eine Privatsprechstunde z.B. an einem bestimmten Wochentag angeboten, gilt gem. § 17 Abs. 2 BMV-Ä weiterhin, dass bei der Verteilung der Sprechstunden die Besonderheiten des Praxisbereichs und die Bedürfnisse der Versicherten (z.B. durch Sprechstunden am Abend oder an Samstagen) zu berücksichtigen sind. Ebenso sind die gesetzlich vorgeschriebenen wöchentlichen Mindestsprechstunden gem. § 17 Abs. 1, 1a BMV-Ä, § 19a Ärzte-ZV einzuhalten.

Wann kann ich GKV-Versicherte in einer Privatsprechstunde behandeln und eine Vergütung nach GOÄ verlangen?

Ob der Vertragsarzt / die Vertragsärztin von dem / der Versicherten eine Vergütung verlangen kann, hängt davon ob, ob die bundesmantelvertraglichen Voraussetzungen hierfür vorliegen: Der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes / der Vertragsärztin besteht grundsätzlich gegenüber der KV. Es besteht in der Regel kein Vergütungsanspruch gegenüber dem / der Versicherten für die Erbringung von GKV-Leistungen. Der / Die Versicherte hat gem. § 18 Abs. 8 S. 1 BMV-Ä Anspruch auf Sachleistung.

Der Vertragsarzt / Die Vertragsärztin darf von einem / einer Versicherten gem. § 18 Abs. 8 Nr. 1 BMV-Ä eine Vergütung fordern, wenn die elektronische Gesundheitskarte vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist bzw. ein Anspruchsnachweis gem. § 19 Abs. 2 BMV-Ä nicht vorliegt und nicht innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht wird.

Im Übrigen ist ein Vergütungsanspruch gegenüber dem / der Versicherten für GKV-Leistungen nur gegeben, wenn gem. § 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä der / die Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies schriftlich erklärt. Der / Die Versicherte darf bei seiner / ihrer Entscheidung durch den Arzt / die Ärztin oder das Praxispersonal nicht beeinflusst werden (§ 128 Abs. 5a SGB V, § 18 Abs. 8 S. 2 BMV-Ä), z.B. durch Ablehnung der GKV-Behandlung mit dem Angebot einer Behandlung im Rahmen einer Privatsprechstunde auf eigene Kosten.

Privatärztlich abrechnungsfähig sind einzelne Leistungen gem. § 18 Abs. 8 Nr. 3 BMV-Ä als sog. „Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)“, die der Vertragsarzt / die Vertragsärztin erbringt und die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind. In diesen Fällen muss jedoch der Patient / die Patientin zuvor der privatärztlichen Leistungserbringung zugestimmt haben und er / sie muss auf die Pflicht zur Kostenübernahme hingewiesen worden sein.

Darf ich die GKV-Behandlung ablehnen und den Versicherten / die Versicherte auf eine Privatsprechstunde verweisen?

Die Ablehnung der Behandlung GKV-Versicherter ist nur in begründeten Fällen gem. § 13 Abs. 7 BMV-Ä möglich. Der Vertragsarzt / die Vertragsärztin ist berechtigt, die Behandlung abzulehnen, wenn der / die (volljährig) Versicherte nicht vor der Behandlung die eGK vorlegt oder ein Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen nach Anlage 4 BMV-Ä (elektronische Ersatzbescheinigung) von der Krankenkasse übermittelt wird, es sei denn, es liegt eine akute Behandlungsbedürftigkeit oder eine nicht persönliche Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch den Versicherten vor.

Im Übrigen besteht nur in begründeten Fällen eine Berechtigung die Behandlung des Versicherten abzulehnen. Ein begründeter Fall liegt insbesondere bei einer Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin oder einer besonderen Überlastungssituation der Praxis (Kapazität ist erschöpft z.B. auch aufgrund des Fachkräftemangels oder wegen Umstrukturierungen in der Praxis) vor.

Unzulässig ist eine Ablehnung der Behandlung aus finanziellen Gründen. So stellen z.B. die Hinweise, das GKV-Budget sei erschöpft oder eine Leistung werde nicht kostendeckend vergütet, im Zusammenhang mit der Ablehnung der Behandlung auf GKV-Kosten einen Verstoß

gegen vertragsärztliche Pflichten dar.
Unzulässig ist es ferner, wenn dem / der Versicherten offeriert wird, er / sie könne einen (schnelleren) Termin in der Privatsprechstunde erhalten. Die Initiative für eine privatärztliche Behandlung muss von dem / der Versicherten ausgehen. Ansonsten wäre ein „Verlangen" des / der Versicherten, wie es § 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä vorsieht, nicht anzunehmen. Auch dürfen Vertragsärzte und -ärztinnen gem. § 128 Abs. 5a SGB V und § 18 Abs. 8 S. 2 BMV-Ä Versicherte nicht zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden GKV-Leistung beeinflussen.
Es ist darauf zu achten, dass weder das Praxispersonal noch der Arzt/die Ärztin selbst dem/der Versicherten eine Privatsprechstunde offerieren. Die Initiative für die Inanspruchnahme von Privatsprechstunden muss ohne Einflussnahme von Außen von den Versicherten ausgehen. GKV-Versicherten dürfen auch bei Online-Terminvergaben keine privatärztlichen Behandlungen zu früheren Terminen angeboten werden.

Kann ich mein Sprechstundenangebot aufgrund einer Umstrukturierung unverzüglich verringern mit der Folge, dass für bereits in meiner Praxis eingeleitete Behandlungen keine Sprechstundentermine mehr vergeben werden können?
Bei einer Änderung der Sprechstundenzeiten bzw. einer Änderung der Praxisorganisation ist zu beachten, dass bereits begonnene Behandlungen zu beenden sind. Hierzu benötigte Kapazitäten wären grundsätzlich in der Praxisorganisation zu berücksichtigen. Es widerspräche dem Erfordernis einer von dem / der Versicherten eigeninitiativ vor Beginn der Behandlung verlangten privatärztlichen Behandlung gem. § 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä, wenn der Vertragsarzt / die Vertragsärztin oder das Praxispersonal anbieten würden, die Behandlung im Rahmen einer Privatsprechstunde zu beenden. Entsprechendes gilt auch für Behandlungen, die erst abgeschlossen sind, wenn die Patientinnen/Patienten hierzu mehrfach einbestellt werden müssen.

Kann ich von den Versicherten eine Gebühr für die Vergabe von Sprechstunden verlangen?
Das Verlangen einer „Gebühr" für den Zugang zur ärztlichen Versorgung ist nicht erlaubt: Gem. § 18 Abs. 10 BMV-Ä darf der Vertragsarzt / die Vertragsärztin mit Ausnahme für Massagen, Bäder und Krankengymnastik von Versicherten keine Zuzahlung fordern – mithin auch nicht für eine Terminvergabe. Gem. § 128 Abs. 5a SGB V verstoßen Vertragsärzte gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten, wenn sie unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen. Eine Gebühr bedarf immer einer gesetzlichen Grundlage.

Kann/muss ich bei Behandlungen/Terminvergaben priorisieren?
Termine sind entsprechend des Behandlungsbedürfnisses der Patientinnen/Patienten zu vergeben (Akut-/Notfallpatienten haben Priorität, Schmerzpatientinnen/-patienten haben zeitnah einen Termin zu bekommen). Ein Recht des Vertragsarztes / der Vertragsärztin, die Behandlung von GKV-Versicherten aus finanziellen Gründen abzulehnen, besteht nicht.

Inhaltliche Erfüllung des Versorgungsauftrags

Welche Leistungen muss ich nach welchen Maßstäben erbringen?
Welche ärztlichen Leistungen muss ich nach vertragsärztlichen Bestimmungen anbieten?
Der Vertragsarzt / die Vertragsärztin kann sich – jedenfalls in gewissen Grenzen – auf ein bestimmtes Leistungsangebot spezialisieren. Es sind jedoch gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts alle „wesentlichen Leistungen des Fachgebiets“ im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung anzubieten und diese bei Bedarf auszuführen, soweit diese vom Leistungskatalog der GKV umfasst sind, für sie im EBM eine Gebührenordnungsposition vorgesehen ist und soweit die fachlichen, persönlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für ihre Erbringung erfüllt werden (z.B. BSG, Urteil vom 14.03.2001, Az.: B 6 KA 54/00, juris Rn. 30, 40).
Wesentliche Leistungen sind solche, ohne deren Erbringung die Tätigkeit im jeweiligen Fachgebiet nicht sinnvoll ausgeübt werden könnte.
Ausnahmen von der Pflicht zur Leistungserbringung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sind grundsätzlich nur denkbar, wenn die berufsrechtliche Qualifikation die durch Bestimmungen des Vertragsarztrechts eingeschränkten Befugnisse des Arztes übersteigt (z.B. aufgrund einer qualitätssichernden Richtlinie gem. § 135 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) oder aufgrund einer zulässigen und einschränkenden Subspezialisierung (z.B. aufgrund der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in Form einer beschränkten Sonderbedarfszulassung).

Hinweis: Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Ausführungen geben einen allgemeinen Überblick. Die Beurteilung eines Sachverhalts erfolgt stets unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls, sodass Abweichungen von den nachfolgend dargestellten Grundsätzen möglich sind.

Abgabe von Rezepturen auf eine Sprechstundenbedarfsverordnung unzulässig

Nach einem Urteil des Bundesverwaltungsgericht BVerwG (Az. 3 C 2.24) dürfen Rezepturarzneimittel nur auf Grundlage einer patientenindividuellen Verschreibung hergestellt werden. Danach sind unmittelbar Rezepturen auf Grundlage von Sprechstundenbedarfsverordnungen nicht zulässig, da hier die Herstellung auf Vorrat für einen anonymen Abnehmerkreis erfolgt.
Der Hamburger Apothekerverein hat seine Mitgliedsapotheken informiert und empfiehlt entsprechend SSB- und Praxisbedarfsverordnungen über Rezepturarzneimittel nicht mehr zu beliefern.
Die KVH und die gesetzlichen Krankenkassen prüfen derzeit die rechtlichen Möglichkeiten und die ggfs. notwendigen Anpassungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung und der zulässigen Mittel im SSB (Anlage 1 der SpBV).
Sobald wir dazu neue Erkenntnisse haben, werden wir Sie darüber informieren.

COVID-19-Impfstoffversorgung 2026/2027

Das Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika (ZEPAI) hat darüber informiert, dass der an die Variante LP.8.1 angepasste COVID-19-Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer auch für die kommende Impfsaison 2026/2027 vom Bund (BAS) – unter Berücksichtigung des Verfallsdatums – zur Verfügung gestellt werden wird.
Da die Kosten der vom BAS zur Verfügung gestellten Impfstoffe nicht von den Krankenkassen getragen werden müssen, sind diese Impfstoffe die wirtschaftlichere Alternative beim Bezug der Corona-Impfstoffe. Dabei sind die entsprechenden Haltbarkeitsdaten der Impfstoffe (s.u.) zu berücksichtigen.
Comirnaty LP.8.1 wird als zentral beschaffter COVID-19-Impfstoff wie bislang auch im Mehrdosisbehältnis ausgeliefert. Das ZEPAI weist darauf hin, dass der Bund auch weiterhin keine Regressansprüche erheben wird, wenn trotz bedarfsgerechter Bestellung oder sorgfältiger Terminplanung Impfstoffdosen verfallen oder weniger als die enthaltenen Impfstoffdosen aus einem Mehrdosisbehältnis entnommen werden sollten. Regressansprüche der Krankenkassen können in diesem Zusammenhang ebenfalls nicht entstehen, da der zentral beschaffte Impfstoff durch den Bund weiterhin kostenlos zur Verfügung gestellt wird.
Der Bezug von Covid-19-Impfstoffen in Einmal-Fertigspritzen über die RPD ist für die Kassen kostenintensiver und damit die deutlich unwirtschaftlichere Variante zur Impfung gegen Covid-19. Der Bezug dieser Variante verstößt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot und kann durch Prüfung bzw. Regresse geahndet werden. Einzige Ausnahme wäre ggf. der Bezug des proteinbasierten Nuvaxovid für „Impfstoffgegner“ mit stark empfohlener Impfindikation.
Der Bestell- und Auslieferungsprozess für zentral beschaffte COVID-19-Impfstoffe (Comirnaty LP.8.1) von Praxen und Apotheken bleibt zunächst unverändert. Haben diese Impfstoffprodukte ihr Verfallsdatum erreicht, erfolgt die weitere Versorgung mit variantenangepassten COVID-19-Impfstoffen in Hamburg über die Impfstoffanforderung bei der Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD).

Übersicht der vom BAS zur Verfügung gestellten Impfstoffe und Verfallsdaten
Die folgenden zentral beschafften, an die Variante LP.8.1 angepassten Impfstoffprodukte werden bis zum Erreichen der Verfallsdaten weiterhin vom Bund zur Verfügung gestellt:

Impfstoffbezeichnung	Spätestes Verfallsdatum
Corminaty LP.8.1 30 für Erwachsene (ab 12 Jahren)	28.02.2027
Corminaty LP.8.1 10 für Kinder (5 bis 11 Jahre)	31.08.2026
Corminaty LP.8.1 3 für Kleinkinder (6 Monate bis 4 Jahre)	30.09.2026

Bitte beachten Sie, dass die aktualisierten Empfehlungen der STIKO (siehe Aktuelle Meldungen vom 23.7.2026) noch durch den Bundesausschuss bestätigt werden müssen, d.h. die Schutzimpfungsrichtlinie muss noch angepasst werden.

Neu variantenangepasste Covid-19-Impfstoffe müssen eine neue Abrechnungsnummer erhalten und das Impfhonorar muss ggf. (Fertigspritze statt Vial) mit den Kassen neu konsentiert werden, damit die Abrechnung der Impfung über die KVH stattfinden kann. Sobald diese Voraussetzungen vorliegen, werden wir auf der Homepage bzw. im Telegramm informieren.

Die jetzt gültige Version der Schutzimpfungsrichtlinie (z.B. jährliche Covid-19-Impfung ab 60 Jahre) ist noch gültig bis zum Inkrafttreten der Aktualisierung (jährliche Covid-19-Impfung ab 75). Die geänderte STIKO-Empfehlung (09.07.2026) sieht keine Standardindikation mehr für die jährliche Impfung ab 60 Jahren. Die Standardimpfung der 60- bis 75-Jährigen hätte ggf. eine schlechtere Nutzen-Schadens-Bilanz und damit ein Haftungsrisiko. Auch die Kostenübernahme dieser Impfungen durch die Kassen ist unsicher.

Zur Erinnerung: Veranstaltung „KI erleben“ von KV Hamburg und KBV am 9. September 2026 – jetzt anmelden!

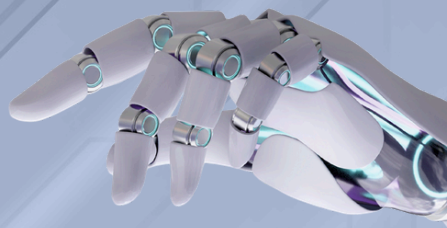
Für immer mehr Praxen gehört der Einsatz KI-basierter Anwendungen zum Alltag. Doch worauf kommt es dabei an? Um grundlegende Fragen zu beantworten, laden die KV Hamburg und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen am 9. September 2026 ab 16 Uhr zu einer Informationsveranstaltung ins Ärztehaus (Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg) ein.
Freuen Sie sich auf spannende Vorträge hochkarätiger Referent:innen sowie Einblicke in den Einsatz aktueller KI-Anwendungen in Hamburger Arztpraxen. Darüber hinaus präsentieren zahlreiche Praxisverwaltungssystem-Anbieter (PVS) in einer Industrieausstellung ihre KI-Lösungen für den Praxisalltag.
Weitere Informationen, das Programm und die Anmeldung finden Sie unter: www.kvhh.de
Es werden 5 Fortbildungspunkte anerkannt.

Für Fragen zu allen KV-Themen – auch zu den in diesem Telegramm genannten:
Mitgliederservice der KV Hamburg: Telefon 22 802-802

mitgliederservice@kvhh.de

Melden Sie sich jetzt für das mobilfähige eTelegramm an!

KI ERLEBEN



Exklusive Informationsveranstaltung der KV Hamburg und der KBV mit Industrieausstellung

KI verändert Ihre Praxis. Wissen Sie schon, wie?

Was kann KI heute schon leisten? Wie kann sie den Praxisalltag verbessern? Welche Chancen bietet sie für Dokumentation, Patientenkommunikation und Diagnostik – und wo liegen ihre Grenzen?

Freuen Sie sich auf:

✓ Spannende Vorträge von Top-Referent:innen
✓ Einblicke in aktuelle KI-Anwendungen von Hamburger Arztpraxen
✓ Konkrete Anwendungsfälle für Ihr Praxismanagement
✓ Orientierung zu Datenschutz, Haftung und rechtlichen Rahmenbedingungen
✓ Austausch mit Kolleg:innen und den Digitalisierungsexpert:innen der KBV und KVH
✓ Antworten auf Ihre individuellen Fragen

9. September 2026, 16.00 - 20.00 Uhr

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Nähere Informationen und Anmeldung unter www.kvhh.de

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

KVH Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

AUSWIRKUNGEN DES SPARGESETZES
DAS BEDEUTEN DIE KÜRZUNGEN FÜR PRAXEN

Die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beschlossenen Einsparungen treffen den ambulanten Bereich hart. Allein im nächsten Jahr sollen rund drei Milliarden Euro eingespart werden; ab 2030 rund fünf Milliarden jährlich. Was das für die Praxen der Ärzte und Psychotherapeuten bedeutet und welche Belastungen auf sie zukommen, fasst diese PraxisInfo zusammen.

SO STARK SIND PRAXEN BETROFFEN

Strikte Ausgabenbegrenzung

Ein wesentlicher Teil der Einsparungen soll durch eine stärkere Budgetierung und Ausgabenbegrenzung erreicht werden. Die Vergütungszuwächse dürfen den Anstieg der Grundlohnrate nicht übersteigen. Konkret heißt das: Es darf nicht mehr Geld ausgegeben werden als die gesetzlichen Krankenkassen über die Beiträge ihrer Mitglieder einnehmen. Für die Jahre 2027 bis 2029 wird die Obergrenze der Steigerungsrate gegenüber der Grundlohnrate zusätzlich pauschal um einen Prozentpunkt abgesenkt.

Keine extrabudgetären Leistungen mehr

Von der Deckelung der Ausgaben sind alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen betroffen, auch solche, die aktuell extrabudgetär und damit zum festen Preis bezahlt werden, zum Beispiel ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen und Psychotherapie. Diese extrabudgetären Leistungen werden bis auf wenige Ausnahmen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt und unterliegen damit einer Mengenbegrenzung. Für die Praxen bedeutet das in der Konsequenz: Auch für diese bisher freien Leistungen gibt es zukünftig eine Mengenbegrenzung, jede Ausweitung darüber hinaus geht zu ihren Lasten.

Wegfall der TSVG-Vergütung

Auch Untersuchungen und Behandlungen von Patienten, die über die 116117 zeitnah einen Termin bei einem Arzt oder Psychotherapeuten erhalten haben, werden nicht mehr extrabudgetär bezahlt werden. Gestrichen werden außerdem die extrabudgetären Zuschläge, die ebenfalls mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz – kurz TSVG – eingeführt worden waren, damit Praxen zusätzliche Termine bereitstellen. Auch die besondere Vergütung für den Hausarztvermittlungsfall sowie für die offene Sprechstunde entfallen. Für die Praxen bedeutet der Wegfall der TSVG-Vergütung einen Honorarverlust von 1,64 Milliarden Euro jährlich.

Mehrere Zuschläge und ePA-Vergütung gestrichen

Auf der Sparliste stehen ferner Zuschläge für Hygiene sowie für Kurzzeittherapien in der Psychotherapie, die Vergütung für die elektronische Patientenakte (ePA) und die Beratung zur Organspende. Die Finanzierung dieser Leistungen entfällt komplett. Außerdem enthält das Gesetz Vorgaben zur Absenkung der Bewertung bestimmter EBM-Leistungen.

Mehr Aufwand und höheres Regressrisiko durch neue Regelungen

Gleichzeitig enthält das Gesetz mehrere neue Regelungen, die die Arbeit der Praxen teilweise erschweren. Dazu gehört die Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit. Ein weiteres Beispiel sind die bundesweiten Praxisbesonderheiten bei der Verordnung von Arzneimitteln, die wegfallen. Dies wird das Regressrisiko für Ärzte erhöhen und für zusätzlichen Bürokratieaufwand durch individuelle Begründungen im Prüfverfahren sorgen. Positiv ist, dass Psychotherapeuten keinen Konsiliarbericht mehr anfordern müssen, wenn Patienten auf ärztliche Überweisung in Behandlung sind.

INKRAFTTRETEN DER REGELUNGEN

Einige Regelungen treten am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft, viele Regelungen gelten spätestens ab 1. Januar 2027. Andere wiederum bedürfen noch der Konkretisierung durch den Bewertungsausschuss oder den Gemeinsamen Bundesausschuss. Das Gesetz wird noch im Sommer in Kraft treten.

VERSORGUNG WIRD SICH VERÄNDERN

Mit dem Spargesetz verfolgt der Gesetzgeber eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik. Es darf nicht mehr Geld ausgegeben werden als die gesetzlichen Krankenkassen über die Beiträge ihrer Mitglieder einnehmen. Die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung der Patienten erfolgt somit nach Kassenlage.

Rund 46 Millionen Behandlungsfälle nicht finanziert

Die Einsparungen im ambulanten Bereich belaufen sich allein im kommenden Jahr auf rund drei Milliarden Euro. Über 46 Millionen Behandlungsfälle werden nach Berechnungen der KBV aufgrund dieser Kürzungen künftig zusätzlich nicht finanziert. Betroffen sind alle Fachrichtungen, wenngleich zum Teil unterschiedlich stark (siehe „Einnahmenorientiertes Leistungsangebot (PDF)“).

Anpassung des Leistungsangebots

Viele Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten werden sich auf die Kürzungen einstellen und ihre Tätigkeit anpassen müssen, um nicht erhebliche Einkommensverluste hinnehmen zu müssen. Sie können bei einer wirtschaftlichen Praxisführung dauerhaft keine Untersuchungen und Behandlungen unter den tatsächlichen Kosten anbieten. Denn die Kosten für Personal, Miete, medizinische Geräte, Digitalisierung etc. steigen weiter, während die Vergütung komplett gedeckelt ist und noch mehr Untersuchungen und Behandlungen nicht oder nicht vollständig bezahlt werden.

Das sollten Praxen beachten, wenn sie ihr Leistungsangebot anpassen:

- Die wöchentliche Mindestsprechstundenzeit beträgt bei einem vollen Versorgungsauftrag („voller Sitz“) 25 Stunden, davon ggf. fünf Stunden als „offene Sprechstunde“ ohne Terminvereinbarung.
- Die Leistungen müssen laut Sozialgesetzbuch V (Paragraf 12) „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“.
- Es gibt keine unendliche Leistungsverpflichtung der Praxen für GKV-Patienten, auch nicht bei vollem Versorgungsauftrag.

Für die Patienten wird die Anpassung des Leistungsangebots an die Einnahmen längere Wartezeiten auf Termine bedeuten, und es wird für zahlreiche Menschen noch schwieriger, einen neuen Arzt oder Psychotherapeuten zu finden. Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen haben immer wieder auf die Folgen für die ambulante Versorgung hingewiesen und die Politik aufgefordert, die Praxen nicht kaputtzusparen. Die Politik hat darauf nicht reagiert.

KOMPAKT

DIE SPARLISTE: AUSWIRKUNGEN DES SPARGESETZES FÜR PRAXEN

ERLÄUTERUNGEN	VORWIEGEND BETROFFENE ARZTGRUPPEN	FOLGEN FÜR PRAXEN
Wegfall der extrabudgetären Vergütung der Leistungen wie ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen, Psychotherapie / ab 01.01.2027		
› Ausgenommen sind nichtärztliche Dialyse-leistungen, kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen und Substitutionsbehandlung sowie neue Leistungen (für 2 Jahre); sie werden weiterhin extrabudgetär bezahlt	alle	› Keine festen Preise bei Mengenausweitung › Erwartete Mindereinnahmen je Arzt in 2027 im Durchschnitt: 3.629 Euro
Keine volle Vergütung für Haus- und Kinderärzte / ab 01.01.2027		
› Veränderte Berechnung der Kinderarzt-MGV › Verringerte Ausgleichszahlungen bei Ausschöpfung der Honorartöpfe	Haus- und Kinderärzte	› Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: 3.084 Euro
Abschaffung der Vergütungsregelungen für die TSVG-Fälle / spätestens ab 01.01.2027		
› Streichung extrabudgetärer Vergütung plus Zuschläge für TSVG-Terminfälle › Streichung extrabudgetärer Vergütung für Hausarzt-Terminvermittlungsfälle und Streichung Pauschale für Hausärzte › Streichung extrabudgetärer Vergütung für Behandlungen in der offenen Sprechstunde	alle	› Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: › Haus- und Kinderärzte: 2.403 Euro › Fachärzte: 29.937 Euro
Streichung der Hygienezuschläge / ab 01.01.2027		
	alle	› Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: 716 Euro
Streichung der Vergütung für Erst- und Folgebefüllung der ePA / ab Inkrafttreten des Gesetzes		
	alle	› Erwarteter Honorarverlust je Arzt/ Therapeut pro Jahr im Durchschnitt: 7.465 Euro
Absenkung des technischen Leistungsanteils im EBM für Leistungen bestimmter Fachgruppen / ab 01.07.2027		
› Bewertungsausschuss (BA) muss Höhe der Absenkung bis 31.03.2027 festlegen › Gilt nur für Nuklearmediziner, Radiologen und Strahlentherapeuten		› Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr je 1 Prozent Absenkung: › Nuklearmedizin: 3.216 Euro › Radiologie: 4.263 Euro › Strahlentherapie: 10.621 Euro

Absenkung der Bewertung von Katarakt-OP / ab 01.07.2027		
› BA muss Höhe der Absenkung bis 31.03.2027 festlegen	Augenärzte	› Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr je 1 Prozent Absenkung: 3.358 Euro
Streichung der Angemessenheitsprüfung für psychotherapeutische Leistungen / ab 01.01.2027		
	Psychotherapeuten	› Keine Auswirkung, da BSG-Rechtsprechung weiterhin gilt
Streichung der Kurzzeittherapie-Zuschläge für Psychotherapie / ab 01.01.2027		
	Psychotherapeuten	› Erwarteter Honorarverlust je Arzt/ Therapeut pro Jahr im Durchschnitt: 3.656 Euro
Streichung der Vergütung für Beratung zur Organ- und Gewebespende / ab 01.01.2027		
		› Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: 1.949 Euro

WEITERE MAßNAHMEN

ERLÄUTERUNGEN	VORWIEGEND BETROFFENE ARZTGRUPPEN	FOLGEN FÜR PRAXEN
Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit / ab 01.01.2028		
	alle	› Zusätzlicher Prüf-, Dokumentations- und Abstimmungsaufwand
Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens / ab 01.04.2027		
	Fachärzte (ggf. Orthopädie, HNO, Gynäkologie, Urologie)	› Bürokratischer Zusatzaufwand › Weniger Fälle / Operationen aufgrund fehlender Zweitgutachter
Überprüfung Gesundheitsuntersuchung und Hautkrebsscreening / frühestens ab 01.01.2028		
› Überprüfung und ggf. Weiterentwicklung durch den G-BA bis 31.12.2027	Hausärzte; Dermatologen	› Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt, falls Hautkrebsscreening komplett wegfällt: › Hausärzte: 2.989 Euro › Dermatologen: 43.324 Euro
Abschaffung Konsiliarbericht Psychotherapie / ab 01.01.2027		
› Konsiliarbericht entfällt, wenn Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes oder auf Empfehlung eines Krankenhauses erfolgt	alle	› Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: 60 Euro › Weniger Bürokratie

Abschaffung bundesweiter Praxisbesonderheiten / ab Inkrafttreten des Gesetzes		
› Arzneimittel mit Zusatznutzen sollen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht mehr als Praxisbesonderheiten berücksichtigt werden	alle	› Rechtsunsicherheit und erhöhtes Regressrisiko › Bürokratieaufwand durch individuelle Begründungen in Prüfverfahren
Streichung Homöopathika und Anthroposophika aus GKV-Leistungskatalog / ab Inkrafttreten des Gesetzes (ab 01.01.2027 keine Satzungsleistung mehr)		
› Kostenübernahme auch als Satzungsleistung der Krankenkassen nicht mehr möglich	alle	› Verordnung nur noch privat
Streichung Cannabisblüten aus GKV-Leistungskatalog / ab Inkrafttreten des Gesetzes		
	alle	› Umstellung der Therapien mit Cannabisblüten
Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel möglich / ab Inkrafttreten des Gesetzes		
	alle	› Ärzte müssen diese rabattierten Arzneimittel verordnen und begonnene Therapien ggf. umstellen › hierdurch Anstieg der bürokratischen Belastung
Einführung von Kurzzeitfallpauschalen für Krankenhäuser / ab 2028		
	Ambulant operierende Ärzte	› Keine Weiterentwicklung der Hybrid-DRG

Mehr Informationen zum Spargesetz: www.kbv.de/spargesetz

PRAXENLAND
Die Haus- und Fachärzte

Liebe Patientinnen und Patienten,

der **Bundestag hat ein Sparprogramm für Gesundheit beschlossen**: das sogenannte Beitragssatzstabilisierungsgesetz. Besonders massiv fallen die Kürzungen bei den ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen aus – und das geht zulasten unserer Patientinnen und Patienten. **Denn wir müssen unseren Praxisbetrieb an die verschärften Rahmenbedingungen anpassen.**

Was passiert 2027?

Unsere Arbeit als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde bisher schon nicht voll bezahlt. **Jetzt werden den Praxen allein 2027 rund 3 Milliarden Euro gestrichen**. Alle Praxisleistungen sind strikt „gedeckelt". Viele Untersuchungen und Behandlungen bezahlen die Krankenkassen nur bis zu einer starren Obergrenze voll, andere gar nicht mehr. Unsere Einnahmen gehen zurück, während der medizinische Bedarf steigt. Diese Rechnung kann nicht aufgehen.

Was heißt das für die Praxen?

Über alle Fachrichtungen und Praxen hinweg bricht im kommenden Jahr die Finanzierung für 46 Millionen Behandlungsfälle komplett weg. Das ist jeder zwölfte Fall. Wir können dann nicht einfach so weitermachen. Wir müssen unsere Ausgaben und unser Angebot reduzieren: zum Beispiel Termine streichen oder Sprechstunden kürzen.

Was heißt das für Patientinnen und Patienten?

Sie verdienen auch in Zukunft eine gute Behandlung. Dafür werden wir weiterhin alles geben. Allerdings werden die Belastungen auch für Sie spürbar sein. Wir wollen das nicht, haben aber keine andere Wahl: **Wir werden weniger Termine vergeben können und die Wartezeiten werden länger ausfallen. Weil die Politik unsere Möglichkeiten einschränkt, für Sie da zu sein.**

!

Worum wir Sie heute bitten

Wir niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben uns gegen die Kürzungen gewehrt und uns für ein starkes Praxenland eingesetzt. Wir verantworten diese Einschnitte zu Ihren Lasten nicht. Bitte haben Sie daher Verständnis für unser Team, das die Einschränkungen jetzt im Alltag umsetzen muss.

PRAXENLAND
Die Haus- und Fachärzte

WAS MIT DEN KÜRZUNGEN AUF SIE UND UNS ZUKOMMT

Liebe Patientinnen und Patienten,

der Bundestag hat ein Sparprogramm für Gesundheit beschlossen. Besonders massiv fallen die **Kürzungen bei den ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen aus – und das geht zulasten unserer Patientinnen und Patienten.**

3 Milliarden Euro weniger: Damit bricht die Finanzierung für 46 Millionen Behandlungsfälle weg. Wir können deshalb nicht mehr dasselbe leisten wie bisher. Wir müssen **2027 unser Angebot einschränken**. Konkret heißt das: weniger Termine, kürzere Sprechstunden.

Wir verantworten diese Einschnitte zu Ihren Lasten nicht. Bis zuletzt haben wir uns dagegen gewehrt. Jetzt haben wir keine andere Wahl, als diese im Praxisbetrieb umzusetzen. **Nur so können wir langfristig für Sie da sein.**

!

Bitte haben Sie Verständnis für unser Team, das den Alltag jetzt trotz aller Einschränkungen organisieren muss.

PRAXEN STÄRKEN, PATIENTEN STÄRKEN.

PRAXENLAND
Die Haus- und Fachärzte

WAS MIT DEN KÜRZUNGEN AUF SIE UND UNS ZUKOMMT

Liebe Patientinnen und Patienten,

der Bundestag hat ein Sparprogramm für Gesundheit beschlossen. Besonders massiv fallen die **Kürzungen bei den ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen aus – und das geht zulasten unserer Patientinnen und Patienten.**

3 Milliarden Euro weniger: Damit bricht die Finanzierung für 46 Millionen Behandlungsfälle weg. Wir können deshalb nicht mehr dasselbe leisten wie bisher. Wir müssen **2027 unser Angebot einschränken.** Konkret heißt das: weniger Termine, kürzere Sprechstunden.

Wir verantworten diese Einschnitte zu Ihren Lasten nicht. Bis zuletzt haben wir uns dagegen gewehrt. Jetzt haben wir keine andere Wahl, als diese im Praxisbetrieb umzusetzen. **Nur so können wir langfristig für Sie da sein.**

!

Bitte haben Sie Verständnis für unser Team, das den Alltag jetzt trotz aller Einschränkungen organisieren muss.

PRAXEN STÄRKEN, PATIENTEN STÄRKEN.