KVH Telegramm

Nr. 10 / 16. Juli 2026

Aktuelle Informationen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Bundestag verabschiedet GKV-BStabG – Auswirkungen auf die Honorare ab 2027

Am 10. Juli 2026 hat der Bundestag das umstrittene GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verabschiedet, der Bundesrat hat es noch am selben Tag gebilligt. Die Bundesregierung setzt damit – trotz vehementer Proteste des KV-Systems – ab 2027 eine strenge, nach eigener Aussage „einnahmenorientierte Ausgabenpolitik" um. Für die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Hamburg bringt dieses Gesetz drastische Einschnitte mit sich – die Höhe der Vergütung richtet sich künftig vor allem nach der Kassenlage der GKV. Für die Praxen in Hamburg bedeutet das je nach Fachgruppe deutliche Mindereinnahmen: Bislang extrabudgetär vergütete Leistungen werden – von wenigen Ausnahmen abgesehen – in die MGV geführt, die volle TSVG-Vergütung (inkl. Zuschläge) wird gestrichen – und die Honorarentwicklung wird strengstens limitiert.

Die Grundlohnrate wird ab 2027 als feste Obergrenze für Vergütungssteigerungen im vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bereich gesetzt. Das heißt: Die Gesamtvergütungen sollen künftig nicht stärker steigen als die Entwicklung der Grundlohnsumme. Hinzu kommt eine zweite Stufe der Begrenzung: Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 soll die maßgebliche Veränderungsrate jeweils um einen Prozentpunkt reduziert werden. Im Gesetz wird dies damit begründet, dass die Grundlohnrate in diesen Jahren voraussichtlich mit rund vier Prozent ungewöhnlich hoch ausfallen werde; deshalb werde ein Abschlag von einem Prozentpunkt vorgenommen.

Ein weiterer zentraler Punkt des Gesetzes ist die Rücknahme der verbliebenen TSVG-Vergütungsregelungen. Ursprünglich sollten GKV-Versicherte durch die Einführung der TSVG-Regelungen schneller Arzttermine bekommen, insbesondere in fachärztlichen Praxen. Mit den Regelungen wurden auch Steuerungsinstrumente geschaffen, um dringende Fälle bevorzugt zu vermitteln. Diese Honorarbestandteile fallen künftig weg – nicht aber etwa die Vorgaben zur Vorhaltung dieser Leistungen, wie etwa die Verpflichtung zu 25 Sprechstunden pro Woche, das Angebot von fünf offenen Sprechstunden oder die Bereitstellung von Terminen über die TSS (jeweils für bestimmte Fachgruppen).

Hier die wichtigsten Punkte dieses Spargesetzes für die fachärztlichen, haus- und kinderärztlichen und psychotherapeutischen Praxen im Überblick:

1. Auswirkungen auf die fachärztlichen Praxen

Derzeit werden die TSVG-Fälle zu 100 Prozent bezahlt – also zum vollen mit den Krankenkassen vereinbarten Preis. Darüber hinaus gibt es teilweise noch Zuschläge auf die Grund- oder Versichertenpauschale. Durch den Wegfall der TSVG-Vergütungsregelungen landen diese Fälle wieder in der MGV – unterliegen also wieder der Budgetierung. Außerdem werden die Zuschläge nicht mehr bezahlt. Bei Praxen, die einen hohen Anteil ihres Honorars über TSS-Fälle, Hausarztvermittlungsfälle und offene Sprechstunden erzielen, wird es durch den Wegfall der TSVG-Vergütungsregelungen zu drastischen Honorareinbußen kommen. Die KV Hamburg hat die Hamburger Praxen bereits in individuellen Schreiben über die Honorarminderungen bedingt durch die Streichung der TSVG-Vergütungsregelungen informiert.

Verantwortlich für den Inhalt: John Afful (Vorsitzender des Vorstandes der KVH)

Telefon: 040/22 802-802 • Telefax: 040/22802-420 • Weitere Informationen finden Sie auch im Internet unter: www.kvhh.de

Hinzu kommt, dass alle bislang extrabudgetiert vergüteten Leistungen künftig nur noch budgetiert vergütet werden. Ausnahmen sind nichtärztliche Dialyseleistungen, neue Leistungen, die noch keine zwei vollständigen Jahre im EBM enthalten sind, Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit sowie die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung.

Dr. Michael Reusch, Vorsitzender der Vertreterversammlung, zu den Auswirkungen:
„Die Politik hat ignoriert, wovor wir eindringlich gewarnt haben: Mit diesem Spargesetz verantwortet die Bundesregierung ab 2027 deutliche Leistungseinschränkungen für gesetzlich Versicherte. Facharztpraxen werden ihr Versorgungsangebot aufgrund der drastisch gekürzten finanziellen Mittel einschränken und auch Personal abbauen müssen. Für unsere Patient:innen heißt das ab nächstem Jahr sehr viel längere Wartezeiten und Aufnahmestopps!“

2. Auswirkungen auf hausärztliche und kinderärztliche Praxen
Die hausärztlichen Leistungen wurden zum 4. Quartal 2025, die kinderärztlichen Leistungen zum 2. Quartal 2023 entquotiert. Das neue Gesetz behält diese volle Vergütung bei, begrenzt ab 2027 aber die Zuwächse. Die hausärztlichen Leistungen nach Kap. 3 und die hausärztlich veranlassten Hausbesuche sowie die kinderärztlichen Leistungen werden also voll bezahlt, solange das hausärztliche Vergütungsvolumen ausreicht – dann greift die Begrenzung der Gesamtvergütungsentwicklung. Die Krankenkassen müssen zwar weiterhin Ausgleichszahlungen leisten, wenn die vereinbarte haus- bzw. kinderärztliche MGV nicht ausreicht. Aber es gibt Abschläge bei steigenden Fallzahlen.
Hinzu kommt, dass alle bislang extrabudgetiert vergüteten Leistungen künftig nur noch budgetiert vergütet werden. Bestimmte Vergütungen (ePA-Befüllung, Organspendeberatung) fallen ganz weg.

Dr. Björn Parey, stellvertretender Vorsitzender der VV, zu den Auswirkungen:
„Im Zuge des geplanten Primärversorgungssystems und mit der angekündigten Abschaffung der Telefon-AU sollen wir Hausärztinnen und Hausärzte zusätzliche Aufgaben übernehmen – es ist also mit deutlich steigenden Patientenzahlen zu rechnen. Gleichzeitig werden unsere Honorare gedeckelt. Wer künftig mehr Patient:innen versorgt, erhält dafür nicht mehr automatisch eine entsprechende Vergütung. Das ist die völlig falsche Botschaft an die heutige und künftige Ärzt:innen-Generation!“

3. Auswirkungen auf psychotherapeutische Praxen
Die psychotherapeutische Vergütung wird in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) einbezogen, die psychotherapeutischen Leistungen werden damit streng budgetiert. Zuschläge für Kurzzeittherapien werden gestrichen. Zudem fällt die Angemessenheitsprüfung in der Psychotherapie weg.
Im Verteilungsmaßstab der KV dürfen laut Gesetz im Kalenderjahr 2027 „keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen getroffen werden, die am 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossen gewesen sein werden.“ Einen von der Koalitionsmehrheit angenommene Entschließung fordert darüber hinaus weitere Regelungen:

- Sicherstellung der Versorgungskontinuität begonnener Psychotherapien über den 31. Dezember 2026 hinaus bis zum Abschluss der Behandlung,
- Ausnahmen von der Budgetierung für Kinder- und Jugendliche, schwer psychisch erkrankte Versicherte sowie dringlich festgelegte Fälle,
- Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, bis Ende 2026 Kriterien zur Feststellung der Behandlungsdringlichkeit in der psychotherapeutischen Sprechstunde festzulegen.

Die Koalitionsfraktionen wollen diese Regelungen in der ersten Sitzungswoche nach der Sommerpause 2026 im Bundestag beschließen.

Dr. Johannes Frey, stellvertretender Vorsitzender der VV, zu den Auswirkungen:
„Dieses Gesetz ist ein fatales Signal an die Praxen, die jeden Tag für Menschen mit psychischen Erkrankungen da sind. Die Budgetierung der psychotherapeutischen Leistungen und die Streichung der Angemessenheitsprüfung unserer Honorare macht alle Verbesserungen der letzten Jahre zunichte. Die Folge für die psychotherapeutische Versorgung: noch längere Wartezeiten auf Therapieplätze oder alternativ Krankenhauseinweisungen und Chronifizierung der psychischen Erkrankungen.“

Änderungen ab dem 1. Januar 2027 im Überblick:

- Deckelung der Vergütung für alle Leistungen, auch für bisher extrabudgetäre Leistungen wie ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen, psychotherapeutische Leistungen etc. Weiterhin extrabudgetär vergütet werden lediglich folgende Leistungen: nichtärztliche Dialyseleistungen, neue Leistungen, die noch keine zwei vollständigen Jahre im EBM enthalten sind, Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit sowie die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung
- Entbudgetierung haus- und kinderärztlicher Leistungen bleibt bestehen – aber es gibt Abschläge bei steigenden Fallzahlen
- Streichung der extrabudgetären Bezahlung von Untersuchungen und Behandlungen von Patient:innen, die über die Terminservicestellen der 116117 online oder telefonisch zeitnah einen Termin bei einem Arzt oder Psychotherapeuten erhalten
- Streichung von extrabudgetären Zuschlägen, die ebenfalls mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) als Anreiz eingeführt worden waren, damit Praxen zusätzliche Termine bereitstellen
- Streichung des Hausarztvermittlungsfalls einschließlich der Vermittlungspauschale für den Hausarzt
- Streichung der extrabudgetären Vergütung für die offene Sprechstunde
- Streichung der Zuschläge für Kurzzeittherapien in der Psychotherapie
- Streichung der Angemessenheitsprüfung in der Psychotherapie
- Streichung der Vergütung für die Beratung zur Organ- und Gewebsspende
- Streichung der Vergütung für die elektronische Patientenakte
- Streichung der Hygienezuschläge auf Versicherten- und Grundpauschalen im EBM
- Prüfung des Bewertungsausschusses bis zum 31. März 2027 von
    1. Bewertungen der Leistungen, die im Rahmen einer Phakoemulsifikation erbracht werden, und
    2. Bewertungen des technischen Leistungsanteils der Leistungen der Facharztgrup pen der Radiologen, der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen
- Überprüfung des Gem. Bundesausschusses von Untersuchungen zur Früherkennung von Hautkrebserkrankungen unter Berücksichtigung eines möglichen risikobasierten Screenings und einer möglichen Anpassung der Häufigkeit der Untersuchungen. Aktualisierung: Der Gem. Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung.

Neuer HVM
Vor dem Hintergrund des neuen Gesetzes hat die VV den Vorstand beauftragt, bis zum Herbst einen einnahmenorientierten Honorarverteilungsmaßstab zu entwickeln, der der Sparpolitik der Bundesregierung Rechnung trägt. Dieser Entwicklungsprozess wird von intensiven Diskussionen in den Gremien der KV und mit den Berufsverbänden begleitet.
Im Gesetz ist festgelegt, dass der Bewertungsausschuss bis zum 15. Februar 2027 Vorgaben für den Verteilungsmaßstab zu beschließen hat, die von den KVen zu berücksichtigen sind. Daher können zum jetzigen Zeitpunkt keine Aussagen zu Rückbereinigungseffekten, Honorarverteilungsmechanismen oder zum zukünftigen Leistungsgeschehen getätigt werden.

Eilbeschluss des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg: Absenkung der Psychotherapie-Vergütung vorerst ausgesetzt

Erfolgreiche Klage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Die vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossene Honorarkürzung für ambulante Psychotherapie in Höhe von 4,5 Prozent wurde vom Landessozialgericht Berlin-Brandenburg vorerst ausgesetzt. Nach Auffassung des Gerichts bestehen Zweifel an der Berechnungsgrundlage des Beschlusses. Über die Klage selbst wird erst im Hauptsacheverfahren entschieden.

Für Praxen in Hamburg bedeutet das: Honorarbescheide für den Zeitraum ab dem 1. April 2026 werden von der KV Hamburg bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren unter Vorbehalt der Rückforderung ergehen. Wann das Verfahren endgültig abgeschlossen sein wird, ist derzeit noch offen.

TSS – Verpflichtende Auswahl eines Benachrichtigungskanals

Im 116117 Terminservice haben Sie die Möglichkeit, sich informieren zu lassen, wenn einer Ihrer bereitgestellten Termine gebucht oder ein gebuchter Termin wieder storniert wird. Hierfür können Sie den Benachrichtigungskanal KIM, E-Mail oder auch FAX auswählen.

Die Datenbank wird nun dahingehend geändert, dass vor der Eingabe neuer Termine zwingend eine Auswahl bei dem Benachrichtigungskanal gesetzt werden muss. Sie können hierbei auch das Kriterium „Keine Benachrichtigung“ auswählen, wenn Sie keine Information wünschen.
Die Auswahl muss nur einmalig vorgenommen werden und kann jederzeit wieder geändert werden. Infos zur Einstellung des Benachrichtigungskanals finden Sie unter www.kvhh.net im Menübereich unter Praxis -> Terminservicestelle -> Infos zum Terminservice in der pdf-Datei „Erste Schritte zur Anwendung“.

TSS – Achtung beim Erstellen eines Vermittlungscodes

Immer mehr Praxen erstellen Vermittlungscodes per Praxisverwaltungssystem (PVS) und drucken diesen direkt auf den Überweisungsschein auf. Bei der Erstellung muss unter anderem die Dringlichkeit ausgewählt werden. Sie entscheiden bei der Erstellung eines Codes also, ob der Termin „dringend" (innerhalb von 35 Tagen) oder „nicht dringend" (innerhalb von 3 Monaten) stattfinden soll.

Wählt man hier die Kategorie „dringend" aus, können auch nur Termine gebucht werden, die als „dringend" zur Verfügung gestellt wurden. Das Gleiche gilt für „nicht dringende" Termine.
In den vergangenen Monaten sind vermehrt dringende Vermittlungswünsche bei uns eingegangen, deren Vermittlungscodes jedoch mit der Vorgabe „nicht dringend" voreingestellt waren. In den meisten Fällen handelte es sich um ein Versehen beim Generieren des Codes.
Wir bitten Sie daher bei der Ausstellung des Überweisungsscheines mit einem Vermittlungscode die Dringlichkeit zu berücksichtigen.

Bitte beachten Sie, dass voreingestellte Informationen im Vermittlungscode nicht geändert werden können – weder von den Patienten in der Onlinebuchung, noch von TSS-Mitarbeitenden. In diesem Fall muss sich der Patient erneut von der überweisenden Praxis einen neuen Überweisungsschein mit einem neuen Vermittlungscode ausstellen lassen.

Wenn Sie Fragen zur Generierung des Vermittlungscodes haben, wenden Sie sich bitte an Ihren PVS-Hersteller.

Ergänzung zum Artikel „Übergangsregelung für Hybrid-DRG: neue EBM-Zuschläge für Operationen bei Kindern und Jugendlichen"

Im Telegramm vom 26.06.2026 informierten wir Sie über die Übergangsregelung für Hybrid-DRG und EBM-Zuschläge für Operationen bei Kindern und Jugendlichen. Der Zuschlag beträgt jeweils 60 Prozent der abrechnungsfähigen EBM-Vergütung für

- die ambulante Operation (Operateur) und
- die dazugehörige Anästhesie.

Dadurch soll die Vergütung bis zur Wiedereinführung der Hybrid-DRG für Kinder und Jugendliche im Jahr 2027 an das vorgesehene Vergütungsniveau angepasst werden.

Beispielrechnung:

Leistung	GOP	Punkte
Operativer Eingriff	31101	865 Punkte
Zugeordnete Anästhesie	31821	997 Punkte
Zuschlag zur 31101	31950	1.117 Punkte
Anteil Operateur		60 % von 865 = 519 Punkte
Anteil Anästhesist		60 % von 997 = 598 Punkte
Summe		519+598 Punkte = 1.117 Punkte

Die Berechnung der GOP 31950 erfolgt **nicht ausschließlich** auf Basis der operativen Leistung. Vielmehr bildet die Summe der Bewertung des operativen Eingriffs (GOP 31101) und der dem Eingriff zugeordneten Anästhesieleistung (GOP 31821) die Grundlage für den Zuschlag.
Die Abrechnung der OP-Zuschläge erfolgt durch den Operateur. Wurde die Operationsleistung einschließlich des entsprechenden OPS-Codes abgerechnet, der zugehörige Zuschlag jedoch nicht angesetzt, wird der korrekte Zuschlag von der KV Hamburg ergänzt.

Der Zuschlag ist im Innenverhältnis zwischen Operateur und Anästhesist (siehe Beispielrechnung) aufzuteilen. Laborleistungen und Sachkosten können darüber hinaus gesondert abgerechnet werden.

Arzneimittel: Direktzuweisung von Arzneimittelverordnungen zur Heimversorgung bis Ende 2028 erlaubt

Durch das Inkrafttreten des Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (ApoVWG) am 2. Juli 2026 können Arztpraxen nun bis Ende 2028 Rezepte über Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte von Heimbewohnern direkt an die heimversorgende Apotheke übermitteln.

Die Erlaubnis umfasst sowohl Papierrezepte als auch Verschreibungen in elektronischer Form und elektronische Zugangsdaten zu Verschreibungen in elektronischer Form. Die Übermittlung an die Apotheke erfolgt mit dem Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen). Voraussetzung ist, dass zwischen Pflegeheim und Apotheke ein Heimversorgungsvertrag nach § 12a Apothekengesetz besteht.
Zum 1. Januar 2029 sollen die Pflegedienste an den E-Rezept-Fachdienst angebunden sein, sodass dann die Übermittlung an die heimversorgende Apotheke hinfällig wird.

Ärztliche Meldepflicht: COVID-19 gestrichen, nosokomiale Infektionen jetzt namentlich

Das „Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetz“ (ApoVWG) beinhaltet mehrere Änderungen des Infektionsschutzgesetzes, die bereits am 2. Juli 2026 in Kraft getreten sind:

- Die Arztmeldepflicht einer COVID-19-Erkrankung ist gestrichen. Ärztinnen und Ärzte müssen demnach künftig weder den Verdacht einer Coronaerkrankung noch die manifeste Infektion oder einen deswegen eingetretenen Todesfall dem zuständigen Gesundheitsamt mitteilen.
- Namentliche Meldung nosokomialer Infektionen: Das Auftreten von zwei oder mehr nosokomialen Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, ist dem zuständigen Gesundheitsamt jetzt namentlich zu melden; eine nichtnamentliche Meldung genügt nicht mehr.

Information zur Weiterbildungsförderung ab 01.08.2026

Ab dem 01.08.2026 tritt eine neue Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung in Kraft.
Die maximal zulässige Förderdauer beträgt künftig:

- 24 Monate für die Facharztweiterbildung in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Augenheilkunde,
- 6 Monate für die Facharztweiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin.

Bei einer Teilzeitbeschäftigung verlängert sich die jeweilige Förderdauer entsprechend.

Bitte berücksichtigen Sie diese Änderungen bei der Planung Ihrer Weiterbildungsförderung.

Jetzt zur Veranstaltung „KI erleben" von KV Hamburg und KBV am 9. September 2026 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 / Praxis / Veranstaltungen

Es werden 5 Fortbildungspunkte anerkannt.

Infomaterialien des IQWiG für Ihre Arbeit mit schwer erreichbaren Gruppen

Für Menschen mit kognitiven Einschränkungen (in Leichter Sprache):

- Video: „Was passiert im Kranken-Haus?"
- Video: „Wie können Sie sich die Zeit im Kranken-Haus angenehmer machen?"
- Broschüre: „Medikamente regelmäßig nehmen: Diese Tipps helfen Ihnen dabei"

Für Familien:

- Video: „Wohin mit meinem kranken Kind?"
- Video: „An wen kann ich mich bei einem Notfall des Kindes wenden?"

Die Gesundheitsinformationen können Sie über folgenden Link abrufen und kostenlos bestellen: https://www.gesundheitsinformation.de/weitergeben An dieser Stelle sollen dem IQWiG zufolge in Kürze weitere Informationen für diese beiden Zielgruppen sowie für Menschen über 65 Jahre veröffentlicht werden.

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!