KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

DIE SPARLISTE: AUSWIRKUNGEN DES SPARGESETZES FÜR PRAXEN

ERLÄUTERUNGEN	VORWIEGEND BETROFFENE ARZTGRUPPEN	FOLGEN FÜR DIE PRAXEN
Wegfall der extrabudgetären Vergütung der Leistungen wie ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen, Psychotherapie / ab 01.01.2027		

› Überführung der bisher extrabudgetär vergüteten Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)
› Extrabudgetäre Vergütung künftig nur für
  › nichtärztliche Dialyseleistungen
  › kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen
  › Leistungen der Substitutionsbehandlung
  › neue Leistungen begrenzt auf zwei Jahre
› nur im Konsens mit den Krankenkassen können im Bewertungsausschuss (BA) weitere Leistungen der EGV zugeordnet werden
	alle	› Die Finanzkommission Gesundheit beziffert die Einsparungen auf 550 Mio. Euro im Jahr 2027
		› Perspektivisch weniger Honorarzuwachs bei Ausweitung dieser einbudgetierten Leistungen
		› Erwartete Mindereinnahmen je Arzt in 2027 im Durchschnitt: 3.629 Euro

Keine volle Vergütung für Haus- und Kinderärzte / ab 01.01.2027		
› Aufsatz der Berechnung der Kinderarzt-MGV wird geändert, Zahlung der Krankenkassen nicht mit befreiender Wirkung › Zudem werden Abschläge für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen auf Ausgleichszahlungen in den Versorgungsbereichen der Kinder- und Jugendmedizin und der allgemeinen hausärztlichen Versorgung neu aufgenommen; durch die Änderungen wird die Höhe der Ausgleichszahlungen der Krankenkassen sinken	Haus- und Kinderärzte	› Aufsatz der Berechnung der Kinderarzt-MGV: 150 Mio. Euro › Abschlag für die Fixkostendegression laut Begründung des Referentenentwurfs: 30 Mio. Euro › Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: 3.084 Euro

Abschaffung der Vergütungsregelungen für die TSVG-Fälle / spätestens ab 01.01.2027		
› Die „TSVG-Zuschläge“ werden aus Paragraf 87 SGB V entfernt. Die extrabudgetäre Vergütung für die TSVG-Fälle entfällt. Dies betrifft: › extrabudgetäre Vergütung plus Zuschläge für TSVG-Terminfälle › extrabudgetäre Vergütung für Hausarzt-Terminvermittlungsfälle und Vermittlungspauschale für Hausärzte › extrabudgetäre Vergütung für Behandlungen in der offenen Sprechstunde › Es werden nur die Bereinigungsbeträge der offenen Sprechstunde in die MGV zurückgeführt und nur aus den Jahren 2023 bis 2025; damit werden nach KBV-Berechnungen der MGV mehr als 300 Mio. Euro entzogen	alle	› Honorarverlust insgesamt pro Jahr: 1,64 Mrd. Euro Davon: › Hausärztlicher Versorgungsbereich: 117 Mio. Euro › Fachärztlicher Versorgungsbereich: 1,523 Mrd. Euro › 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		
› Rücknahme der Hygiene-Zuschläge und entsprechende Absenkung der MGV	alle	› Honorarverlust insgesamt pro Jahr: 103 Mio. Euro › Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: 716 Euro
Streichung der Vergütung für Erst- und Folgebefüllung der ePA / ab 30.07.2026		
› Die gesetzliche Grundlage, dass für die Erstbefüllung und die weitere Befüllung der ePA Vergütungsregelungen vorzusehen sind, entfällt › Der BA wird das Inkrafttreten der Streichung konkretisieren › Die Befüllung erfolgt nur noch nach Paragraf 346 Absatz 1 SGB V	alle	› Honorarverlust insgesamt pro Jahr: 279 Mio. Euro › 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		
› Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM für Leistungen folgender Fachgruppen und entsprechende Absenkung der MGV: › Nuklearmedizin, Radiologie und Strahlentherapie › Bis zum 31.03.2027 soll der Beschluss des BA zur Absenkung erfolgen	Nuklear-mediziner, Radiologen, Strahlen-therapeuten	› Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr je 1 Prozent Bewertungsabsenkung: › Nuklearmedizin: 3.216 Euro › Radiologie: 4.263 Euro › Strahlentherapie: 10.621 Euro

Absenkung der Bewertung von Katarakt-OP / ab 01.07.2027		
› Absenkung der Bewertung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-Operationen und entsprechende Absenkung der MGV › Bis zum 31.03.2027 soll der Beschluss des BA zur Absenkung erfolgen	Augenärzte	› Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr je 1 Prozent Bewertungsabsenkung: 3.358 Euro
Streichung der Angemessenheitsprüfung für psychotherapeutische Leistungen / ab 01.01.2027		
› Vom Bundessozialgericht (BSG) geforderter Abgleich der Vergütung der Psychotherapeuten mit der Vergütung anderer Arztgruppen aus dem Gesetz gestrichen	Psycho-therapeuten	› Keine Auswirkung, da die BSG-Rechtsprechung weiterhin gilt
Streichung der Kurzzeittherapie-Zuschläge für Psychotherapie / ab 01.01.2027		
› Wegfall der Zuschläge zu den psychotherapeutischen Leistungen für den ersten Therapieblock der Kurzeittherapie im EBM	Psycho-therapeuten	› Honorarverlust insgesamt pro Jahr: 91 Mio. Euro › Erwarteter Honorarverlust je Arzt / Psychotherapeut pro Jahr im Durchschnitt: 3.656 Euro
Streichung der Vergütung für Beratung zur Organ- und Gewebespende / ab 01.01.2027		
› Die Leistung für die ergebnisoffene Beratung zur Organ- und Gewebespende wird aus Paragraf 87 SGB V entfernt	Haus- und Kinderärzte	› Honorarverlust insgesamt pro Jahr: 52 Mio. Euro › Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: 1.949 Euro

WEITERE MAßNAHMEN

ERLÄUTERUNGEN	VORWIEGEND BETROFFENE ARZTGRUPPEN	FOLGEN FÜR DIE PRAXEN
Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit / ab 01.01.2028		
› Einführung einer abgestuften Teilarbeitsunfähigkeit: › Versicherte mit voraussichtlich länger als vier Wochen andauernder Arbeitsunfähigkeit können freiwillig zu 25, 50, 75 Prozent weiterarbeiten, wenn Arzt und Arbeitgeber zustimmen	alle	› Zusätzlicher Prüf-, Dokumentations- und Abstimmungsaufwand › Größere Abgrenzungs- und Haftungsrisiken
Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens / ab 01.04.2027		
› Verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren bei vom G-BA festgelegten Indikationen	Fachärzte (ggf. Orthopäden, HNO-Ärzte, Gynäkologen, Urologen)	› Bürokratischer Zusatzaufwand › Weniger Fälle / Operationen › Aufgrund fehlender Zweitgutachter werden sich die Wartezeiten stark erhöhen
Überprüfung Gesundheitsuntersuchung und Hautkrebsscreening / frühestens ab 01.01.2028		
› Der G-BA prüft die Richtlinien zur Früherkennung von Krankheiten auf Grundlage des aktuellen medizinischen Kenntnisstandes bis zum 31.12.2027 und entwickelt sie gegebenenfalls weiter	Hausärzte, Dermatologen	Für den Fall des vollständigen Wegfalls des Hautkrebsscreenings: › Honorarverlust insgesamt pro Jahr: 224 Mio. Euro › Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: › Hausärzte: 2.989 Euro › Dermatologen: 43.324 Euro Hinweis: Weitere Auswirkungen erst nach Prüfung der Richtlinien durch den G-BA absehbar

Abschaffung Konsiliarbericht Psychotherapie / ab 01.01.2027		
› Konsiliarbericht vor einer ambulanten Psychotherapie entfällt, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt oder wenn im Anschluss an eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Entlassbrief empfohlen wird	alle	› Weniger Bürokratie › Die Finanzkommission geht von einem Einsparvolumen von 0,1 Mio. Euro aus (gibt auch nach wie vor Konsiliarberichte) › Erwartetet Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: 60 Euro
Abschaffung bundesweiter Praxisbesonderheiten / ab 30.07.2026		
› Streichung der Regelung, dass Erstattungsbetragsvereinbarungen für Arzneimittel mit Zusatznutzen vorsehen sollen, dass diese Arzneimittel im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind, wenn bei der Verordnung die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten wurden (Paragraf 130b Absatz 2 SGB V)	alle	› Rechtsunsicherheit und erhöhtes Regressrisiko für Vertragsärzte › Erheblicher zusätzlicher Bürokratieaufwand durch individuelle Begründungen in Prüfverfahren
Streichung Homöopathika und Anthroposophika aus GKV-Leistungskatalog / ab 30.07.2026 (ab 01.01.2027 keine Satzungsleistung mehr)		
› Streichung der homöopathischen und anthroposophischen Arzneimittel aus dem GKV-Leistungskatalog (Paragraf 31 Absatz 1 SGB V) › Kostenübernahme auch als Satzungsleistung der Krankenkassen nicht mehr möglich (Paragraf 11 Absatz 6 SGB V)	alle	› Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel können nur noch privat verordnet werden
Streichung Cannabisblüten aus GKV-Leistungskatalog / ab 30.07.2026		
› Streichung der Cannabisblüten aus dem GKV-Leistungskatalog › Vertragsärztliche Versorgung hat zunächst mit Fertigarzneimitteln im Rahmen eines 6-monatigen Therapieversuchs zu erfolgen (Paragraf 31 Absatz 6 SGB V)	alle	› Bisherige Therapien mit Cannabisblüten müssen umgestellt werden › Zukünftig müssen für 6 Monate zunächst cannabishaltige Fertigarzneimittel verordnet werden, bevor beispielsweise ein Cannabisextrakt oder eine Rezeptur verordnet werden kann

Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel möglich / ab 30.07.2026		
› Krankenkassen können für die im Gesetz genannten 5 Gruppen mit therapeutisch vergleichbaren, patentgeschützten Wirkstoffen Rabattverträge abschließen › Die rabattierten Arzneimittel müssen von Ärzten bevorzugt verordnet werden › In Wirtschaftlichkeitsprüfungen gelten diese als Praxisbesonderheit › In regionaler Prüfvereinbarung müssen Verordnungsquoten für die rabattierten Arzneimittel vereinbart werden › Rabattierte Arzneimittel müssen in der Software angezeigt werden (Paragraf 130 i.V.m. Paragraf 106b Absatz 1 und Paragraf 73 Absatz 9 SGB V)	alle	› Ärzte haben rabattierte Arzneimittel zu verordnen, es sei denn, medizinische Gründe sprechen dagegen › Rabattierte Arzneimittel gelten als Praxisbesonderheit in Wirtschaftlichkeitsprüfungen › Je nach Kassenzugehörigkeit des Patienten muss gegebenenfalls ein anderes Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe verordnet werden › Begonnene Therapien müssen gegebenenfalls umgestellt werden › Nichtrabattierte Arzneimittel können als unwirtschaftlich gelten › Insgesamt hierdurch Anstieg der bürokratischen Belastung
Einführung von Kurzzeitfallpauschalen für Krankenhäuser / ab 2028		
› Mit der Regelung sollen die Fälle, die mit neu ausschließlich für Krankenhäuser einzuführenden Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, bei der Auswahl des Leistungskataloges für die spezielle sektorengleiche Vergütung gemäß Paragraf 115f SGB V (Hybrid-DRG) angerechnet werden	Ambulant operierende Ärzte	› Keine Weiterentwicklung der Hybrid-DRG

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