

Faktenpapier

Auswirkungen des BStabG auf die vertragsärztliche Versorgung

Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) soll die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch eine konsequente und einnahmeorientierte Ausgabenpolitik stabil halten. Wie die [Übersicht des Bundesgesundheitsministeriums](#) veranschaulicht, droht sonst allein im Jahr 2027 ein Defizit von rund 19 Milliarden Euro.

Die Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung lagen 2025 bei ca. 54 Milliarden Euro. Das ist gegenüber 2021 eine Steigerung um mehr als 20 Prozent. Allein im ersten Halbjahr 2026 sind die Ausgaben gegenüber dem Vorjahr um weitere 6 Prozent angestiegen.

Die Finanzkommission Gesundheit hatte [in ihrem ersten Bericht](#) Einsparungen in der vertragsärztlichen Versorgung in Höhe von 4,4 Milliarden Euro für 2027 empfohlen. Am Ende sah das BStabG rund 3 Milliarden Euro an Einsparungen vor. Zwischenzeitlich hat der Gesetzgeber weitere Änderungen vorgenommen, so dass sich das genaue Finanzvolumen noch ändert. Gleichzeitig steigen die Honorare u.a. durch den Ausgleich von höheren Praxiskosten und einer höheren Morbidität ab dem 01.01.2027 wieder um etwa 1,3 Mrd. Euro an. Damit liegen die Einsparungen im vertragsärztlichen Bereich für 2027 im Ergebnis bei etwa 3 Prozent.

Ein wesentlicher Kostentreiber war in der Vergangenheit, dass immer größere Anteile der Vergütung aus einer Mengensteuerung herausgenommen wurden und der Umfang der entsprechenden Leistungen rasant gestiegen ist – zuletzt betrug der Anteil für diese sogenannten extrabudgetären Leistungen über 40 Prozent der Vergütung. Dies führte zu erheblichen, unvorhergesehenen Mehrausgaben und wurde bereits im Vorfeld der Untersuchungen der Finanzkommission Gesundheit vom Bundesrechnungshof (BRH) mehrfach deutlich kritisiert (siehe hierzu die beiden letzten Berichte des BRH [aus dem Jahr 2023](#) sowie [von Anfang 2026](#)).

Was ändert sich grundsätzlich in der vertragsärztlichen Vergütung?

- **Begrenzung von übermäßigen Steigerungen**
Viele extrabudgetäre (entbudgetierte) Leistungen werden ab dem Jahr 2027 wieder in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Budget bzw. budgetierte

Vergütung) überführt, wobei das Leistungsvolumen des Jahres 2025 im Sinne eines Bestandsschutzes konstant erhalten bleibt. Dieses Volumen wird anschließend um den Ausgleich für höhere Praxiskosten (Anpassungen des Orientierungswertes 2026/2027 um insgesamt etwa 5 Prozent) sowie um demografische Effekte und Veränderungen der Krankheitslast (Morbiditätsveränderungen) erhöht. Somit erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahr 2027 grundsätzlich das Leistungsvolumen 2025 zu einem höheren Preis finanziert. Kerninhalt des Gesetzes ist es somit, zusätzliche und übermäßige Honorarsteigerungen zu begrenzen, während berechnete und reguläre Ausgabensteigerungen für die vertragsärztliche Versorgung weiterhin abgebildet werden.

- **Streichung von Doppelvergütungen**

Es entfallen spezifische Doppelvergütungen und Zuschläge (z. B. für eine schnellere Terminvergabe und die Vermittlung von Facharztterminen), die im Jahr 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) als politische Maßnahmen gesetzlich eingeführt wurden. Da diese Instrumente in der Versorgungsrealität gemäß den gesetzlich beauftragten Evaluationen nachweislich keine strukturelle Verbesserung oder spürbare Lenkungswirkung für die Patientinnen und Patienten erzielt haben, hat der Gesetzgeber sie gestrichen.

Was ändert sich außerdem für den hausärztlichen und kinderärztlichen Versorgungsbereich?

- **Die faktische Entbudgetierung der Leistungen bleibt erhalten**

Die Honorare für haus- und kinderärztliche Leistungen unterliegen weiterhin einer unbegrenzten Vergütung. Jede Behandlung wird ohne Mengenbegrenzung voll vergütet. Sofern das jährlich vereinbarte Volumen nicht ausreicht, bleiben die Krankenkassen zu Ausgleichszahlungen verpflichtet. Für das 1. Quartal 2026 haben die Kassen zusätzliche Ausgleichszahlungen in Höhe von 220 Millionen Euro geleistet, um eine volle Vergütung aller Leistungen sicherzustellen.

- **Korrektur der Überzahlung**

Durch das BStabG wird eine bestehende Überzahlung bei etwaigen Ausgleichszahlungen korrigiert, die durch einen Methodenfehler bei der

ursprünglichen Bildung des Vergütungsvolumens für kinderärztliche Leistungen im Gesetz angelegt war.

Was ändert sich in der fachärztlichen Versorgung?

- **Unterschiedliche Betroffenheit der Fachgruppen**

Die einzelnen Fachgruppen sind durch das Gesetz unterschiedlich stark betroffen, was insbesondere mit der jeweiligen Inanspruchnahme und dem Wegfall der TSVG-Sondervergütungen für Terminvermittlungen und Sprechstundenangebote ab dem Jahr 2027 zusammenhängt.

- **Sicherung der originären Versorgung**

Die Grundvergütung bleibt mindestens auf dem Niveau des Jahres 2025 abzüglich der Doppelvergütungen, aber erhöht um die Honorarsteigerungen 2026 und 2027 (+ 5 Prozent) und Morbiditätsveränderungen. Die Finanzierung der originären fachärztlichen Leistungen ist damit sichergestellt und von den Einsparmaßnahmen nicht betroffen.

Was ist mit Prävention, neuen Leistungen, Psychotherapie und weiteren Leistungsbereichen?

- **Vorsorge und Früherkennung**

Leistungen der Vorsorge und Früherkennung (z. B. Check-ups, Schwangerenvorsorge) bleiben vollumfänglich auf dem Niveau der Leistungsmenge 2025 sowie erhöht um die Honorarsteigerungen 2026 und 2027 (+ 5 Prozent) und Morbiditätsveränderungen finanziert.

- **Schutzimpfungen**

Impfungen sind gesetzliche Pflichtleistungen der Krankenkassen und werden stets in voller Höhe, vollkommen außerhalb jeglicher Budgetierungsgrenzen, abgerechnet.

- **Neue vertragsärztliche Leistungen**

Neue Leistungen wie die U10-Untersuchung werden für mindestens 2 Jahre vollumfänglich extrabudgetär bezahlt.

- **Psychotherapie**

Psychotherapeutische Leistungen bleiben vollumfänglich auf dem Niveau der Leistungsmenge 2025 sowie erhöht um die Honorarsteigerungen 2026 und 2027 (+ 5 Prozent) und Morbiditätsveränderungen finanziert. Im Zuge des BStabG entfallen hier allerdings die Kurzzeittherapie-Zuschläge für den ersten Therapieblock als spezifische Sondervergütung. Außerdem hat der Gesetzgeber beschlossen, weitere Leistungen im Bereich der Psychotherapie von der Budgetierung auszunehmen wie die Therapie von Kindern und Jugendlichen sowie die Akutbehandlung in dringenden Fällen.

Was ändert sich nicht?

- **Sicherstellungsauftrag (Sprechstundenzeiten)**

Die vertragsärztlichen Pflichten, die mit einem Kassensitz verbunden sind, bleiben vom BStabG unberührt: Bei einem vollen Versorgungsauftrag sind zwingend mindestens 25 Sprechstunden pro Woche anzubieten.

- **Offene Sprechstunde**

Für definierte Facharztgruppen (z. B. Augenheilkunde, Gynäkologie, HNO, Orthopädie) bleibt die Pflicht zur Vorhaltung von mindestens 5 Stunden als offene Sprechstunde pro Woche bestehen.

- **Verbot der Kommerzialisierung (Selbstzahler)**

Die Aufforderung an GKV-Versicherte, vertragsärztliche Leistungen als Selbstzahlerleistungen zu liquidieren, um eine schnellere Terminvergabe zu erwirken, stellt einen eklatanten Verstoß gegen das Kassenarztrecht dar.

Was ist die Honorarverteilung und warum ist sie im Kontext des BStabG wichtig?

Die ärztliche Honorarverteilung regelt, wie Ärztinnen und Ärzte für die Behandlung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten bezahlt werden. Die Krankenkassen überweisen dafür eine feste Gesamtsumme an die regional zuständige Kassenärztliche Vereinigung, die das Geld nach einem von dieser selbst festgelegten System an die Praxen verteilt. Gesetzliches Ziel ist es, die von den Krankenkassen gezahlte Vergütung planbar und leistungsgerecht auf die einzelnen Ärzte und Ärztinnen aufzuteilen und sicherzustellen, dass die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung flächendeckend und in allen Fachbereichen finanziell attraktiv und gesichert bleibt.

Bei der Umsetzung des BStabG kommt der Honorarverteilung eine besondere Rolle zu.

Die gemeinsame Selbstverwaltung muss sicherstellen, dass auch die mit dem BStabG wieder in das Budget zurückgeführten Gelder fair verteilt werden und in den richtigen Töpfen bleiben.

Konkret bedeutet das aus unserer Sicht für die Regelungen zur Honorarverteilung:

- **Zweckbindung der ins Budget überführten Finanzmittel**
Die Honorarverteilung muss sicherstellen, dass die Bezahlung der in die budgetierte Vergütung übergehenden Behandlungen auf einem angemessenen Niveau erhalten bleibt. Die Finanzmittel der bisher extrabudgetär vergüteten Leistungen sollten daher grundsätzlich nur für die Erbringung dieser Leistungen zur Verfügung stehen. Eine Verschiebung der Vergütung zugunsten anderer Leistungen ist auszuschließen.
- **Vergütung für jede erbrachte Leistung**
Eine verantwortungsvolle Planung bedeutet, dass jede durchgeführte Behandlung auch vergütet wird.
- **Quotierung nur bei deutlicher Mengenausweitung**
Nur wenn insgesamt viel mehr Behandlungen durchgeführt werden, wird die Bezahlung je einzelner Behandlung etwas gesenkt, damit das Gesamtbudget für alle reicht.