MedRecht
Kanzlei für Arzt- und Medizinrecht
Rechtsanwalt Dr. Daniel Gröschl

MedRecht – GKV-Honorarreform 2027 – was nun?

Ab dem 01.01.2027 ändern sich die Regeln für das Honorar in der vertragsärztlichen Versorgung. Für Ihre Praxis stellen sich dazu etliche Fragen.

MedRecht gibt in dieser „Checkliste“ **praktische Antworten**.

Vorangestellt ist ein **Inhaltsverzeichnis**. Darin können Sie die Sie interessierende Überschrift einfach anklicken [ggf. Strg + klicken, um Link zu folgen]. Das Dokument „springt“ dann direkt zur **MedRecht**-Antwort. Im Anschluss an die **MedRecht**-Antwort können Sie zurück zum Inhaltsverzeichnis anklicken.

1. **Was gilt bereits – und was ist noch offen?** 2
2. **Was passiert mit bisher extrabudgetären Leistungen?** 2
3. **Welche Leistungen sollen Ausnahmen bleiben?** 3
4. **Was ändert sich für Haus- und Kinderarztpraxen?** 3
5. **Was passiert mit Terminvermittlung und offener Sprechstunde?** 4
6. **Welche Gebührenordnungspositionen und Zuschläge entfallen?** 4
7. **Was gilt für ambulante Operationen und Hybrid-DRG?** 5
8. **Wie entwickeln sich Orientierungswert und Honorar?** 5
9. **Was sollte die Praxis jetzt tun?** 6

Recherche- und Bearbeitungsstand: 25. November 2026.

1. Was gilt bereits – und was ist noch offen?

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) ist verkündet. Zahlreiche Honoraränderungen wirken ab dem 1. Januar 2027. Der Bundestag hat am 15. Oktober 2026 mit der Notfallreform Nachbesserungen beschlossen. Der Bundesrat hat am 20. November 2026 keinen Vermittlungsausschuss angerufen.

Wichtig: Die Notfallreform ist derzeit nicht verkündet. Die nachfolgend so bezeichneten Nachbesserungen stehen daher unter dem Vorbehalt der Verkündung im Bundesgesetzblatt und des jeweiligen Inkrafttretens. Einzelne Umsetzungen und regionale Honorarverteilungsmaßstäbe können weitere Klärung erfordern.

Quellen: GKV-BStabG, BGBl. 2026 I Nr. 228 · Bundesrat: Verfahrensstand Notfallreform · Gesetzesbeschluss BR-Drs. 620/26

zurück zum Inhaltsverzeichnis

2. Was passiert mit bisher extrabudgetären Leistungen?

Das Gesetz begrenzt das Wachstum der vertragsärztlichen Vergütung und führt zahlreiche bisher außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bezahlte Leistungen in die MGV zurück. Dazu zählen nach der Übersicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) etwa Früherkennungsleistungen und ein Teil der Psychotherapie für Erwachsene. Der konkrete Vergütungsweg hängt von der Leistung und den einschlägigen Regeln ab.

MGV bedeutet nicht automatisch, dass jede zusätzliche Behandlung unbezahlt bleibt. Entscheidend sind unter anderem die Bereinigung und Höhe der Gesamtvergütung sowie der regionale Honorarverteilungsmaßstab. Ob und in welcher Höhe die Praxis eine Leistung ausbezahlt erhält, kann sich je nach KV, Arztgruppe und Praxis unterscheiden.

Zu den vorgesehenen Ausnahmen siehe Welche Leistungen sollen Ausnahmen bleiben?.

MedRecht-Tipp: Stellen Sie die bisher extrabudgetären Umsätze nach Gebührenordnungsposition und Quartal zusammen. Klären Sie die neue Zuordnung mit Ihrer KV.

Quellen: GKV-BStabG im Bundesgesetzblatt · KBV-Sparliste, Stand 13.11.2026

zurück zum Inhaltsverzeichnis

3. Welche Leistungen sollen Ausnahmen bleiben?

Nach dem Gesetz und den vom Bundestag beschlossenen Nachbesserungen sollen bestimmte Leistungen weiterhin außerhalb der MGV vergütet werden. Dazu zählen insbesondere Substitutionsbehandlungen und bestimmte kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen. Die Nachbesserung sieht zudem unter anderem ambulante Operationen mit bestimmten Begleitleistungen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie weitere genau definierte psychotherapeutische Leistungen vor.

Nicht jede Psychotherapie und nicht jede Leistung rund um eine Operation genießt automatisch diesen Schutz. Bei bestimmten Akutbehandlungen hängen die Voraussetzungen unter anderem von der Terminvermittlung ab. Die Nachbesserungen setzen die Verkündung der Notfallreform und das jeweilige Inkrafttreten voraus.

Quellen: KBV-Sparliste · Gesetzesbeschluss BR-Drs. 620/26 · KBV zu den Nachbesserungen

zurück zum Inhaltsverzeichnis

4. Was ändert sich für Haus- und Kinderarztpraxen?

Für Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung sowie der Kinder- und Jugendmedizin gelten besondere Regeln zur Gesamtvergütung und zu Ausgleichszahlungen. Das GKV-BStabG sah für bestimmte zusätzliche Leistungen einen Fallzahldegressionsabschlag vor.

Die beschlossene Notfallreform soll diesen Abschlag für Haus- und Kinderarztpraxen wieder streichen. Auch den vorgesehenen Abschlag für die hausarztzentrierte Versorgung soll sie aufheben. Diese Korrekturen setzen die Verkündung und das jeweilige Inkrafttreten voraus. Daraus folgt nicht, dass jede einzelne Leistung oder jeder gesamte Praxisumsatz unabhängig von allen weiteren Regeln voll vergütet wird.

MedRecht-Tipp: Vergleichen Sie für Ihre Praxis Regelversorgung und gegebenenfalls HZV getrennt. Prüfen Sie die jeweils geltenden Verträge und Abrechnungsinformationen.

Quellen: GKV-BStabG im Bundesgesetzblatt · Gesetzesbeschluss BR-Drs. 620/26 · KBV zu Haus- und Kinderärzten

zurück zum Inhaltsverzeichnis

5. Was passiert mit Terminvermittlung und offener Sprechstunde?

Die besondere Vergütung für TSS-Fälle, Hausarztvermittlungsfälle und Leistungen in der offenen Sprechstunde entfällt ab 2027 nach den Reformvorgaben. Auch die dafür vorgesehenen Zuschläge und die hausärztliche Vermittlungspauschale entfallen. Die Behandlungsleistung selbst entfällt dadurch nicht automatisch; ihre Vergütung folgt dem jeweils einschlägigen Abrechnungsrecht.

Die beschlossene Notfallreform sieht zudem strengere Vorgaben zur Meldung von Terminen an die Terminservicestellen vor. Die Einzelheiten und den jeweiligen Beginn muss die Praxis anhand des verkündeten Gesetzes und der Umsetzung prüfen. Der Wegfall eines Zuschlags beseitigt bestehende Versorgungspflichten nicht automatisch.

MedRecht-Tipp: Prüfen Sie Terminorganisation und Kennzeichnungen anhand der aktuellen Hinweise Ihrer KV. Ändern Sie Sprechstunden oder die Patientenversorgung nicht allein wegen des Wegfalls eines Zuschlags.

Quellen: KBV-Sparliste · Bewertungsausschuss: hausärztliche GOP · Erweiterter Bewertungsausschuss: Facharztzuschläge · KBV zur Terminmeldepflicht

zurück zum Inhaltsverzeichnis

6. Welche Gebührenordnungspositionen und Zuschläge entfallen?

Zum 1. Januar 2027 streichen die Beschlüsse des Bewertungsausschusses unter anderem die GOP 03008 und 04008 für die Vermittlung eines Facharzttermins, die TSS-Zuschläge 03010 und 04010, die GOP 01480 für die Beratung zur Organ- und Gewebespende sowie die Zuschläge für psychotherapeutische Kurzzeittherapien. Auch die GOP 01431, 01647 und 01648 zur ePA-Befüllung beziehungsweise -Aktualisierung entfallen.

Nach der KBV-Sparliste entfallen außerdem Hygienezuschläge. Aus dem Wegfall einer besonderen Vergütung folgt nicht, dass Hygieneanforderungen oder die jeweils geltenden Pflichten zur ePA-Befüllung entfallen. Ein Wegfall eines Zuschlags bedeutet auch nicht, dass die zugrunde liegende Behandlung nicht mehr abgerechnet werden kann.

MedRecht-Tipp: Hinterlegen Sie EBM-Änderungen zum jeweiligen Geltungsdatum in der Praxissoftware. Kontrollieren Sie die Umsetzung anhand der veröffentlichten Beschlüsse und Ihrer KV.

Quellen: Bewertungsausschuss, 848. Sitzung · Erweiterter Bewertungsausschuss, 88. Sitzung: ePA · KBV-Sparliste

zurück zum Inhaltsverzeichnis

7. Was gilt für ambulante Operationen und Hybrid-DRG?

Die vom Bundestag beschlossene Nachbesserung sieht vor, bestimmte ambulante Operationen einschließlich definierter Begleitleistungen weiterhin extrabudgetär zu vergüten. Umfang und Voraussetzungen hängen von der jeweiligen Leistung ab; nicht jede regionale Sonderregelung bleibt deshalb unverändert.

Für Eingriffe aus dem Hybrid-DRG-Katalog ohne Übernachtung sieht der Beschluss für 2027 eine Vergütung nach regionaler Euro-Gebührenordnung vor. Für 2028 plant der Gesetzesbeschluss einen Systemwechsel. Die Änderungen setzen die Verkündung und das jeweilige Inkrafttreten voraus. Bestehende Vereinbarungen und die Umsetzung sind für den konkreten Eingriff zu prüfen.

MedRecht-Tipp: Kalkulieren Sie betroffene Eingriffe einzeln einschließlich Sachkosten und Nachbehandlung. Holen Sie vor Investitions- oder Angebotsentscheidungen eine aktuelle Auskunft Ihrer KV ein.

Quellen: Gesetzesbeschluss BR-Drs. 620/26 · KBV zu Nachbesserungen und Hybrid-DRG · KV Nordrhein zu ambulanten Operationen

zurück zum Inhaltsverzeichnis

8. Wie entwickeln sich Orientierungswert und Honorar?

Der Bewertungsausschuss hat den bundesweiten Orientierungswert für 2027 auf 13,0207 Cent festgelegt. Gegenüber 12,7404 Cent im Jahr 2026 entspricht dies einer Erhöhung um 2,2 Prozent. Der Orientierungswert betrifft die Bewertung; er garantiert keine Erhöhung des ausgezahlten Praxishonorars um 2,2 Prozent.

Für 2027 bis 2029 sieht das GKV-BStabG außerdem eine Begrenzung der Vergütungsentwicklung vor, bei der die maßgebliche Veränderungsrate grundsätzlich um einen Prozentpunkt vermindert wird. Das ist nicht gleichbedeutend mit einem pauschalen Abzug von einem Prozentpunkt vom individuellen Honorar.

Zur Einordnung: Das BSG beurteilte 2016 eine frühere Honorarverteilungsregelung und betonte die Bedeutung einer annähernden Kalkulierbarkeit bei begrenzter Gesamtvergütung. Das Urteil entscheidet nicht über die Reform 2027 oder einen konkreten HVM.

Quellen: Bewertungsausschuss, 853. Sitzung: Orientierungswert · GKV-BStabG im Bundesgesetzblatt · BSG, Urteil vom 15.06.2016 – B 6 KA 18/15 R

zurück zum Inhaltsverzeichnis

9. Was sollte die Praxis jetzt tun?

Für die Vorbereitung empfiehlt MedRecht:

- Honorarbescheide und Leistungsstatistiken nach Arztgruppe, GOP, Quartal und Vergütungsbereich auswerten.
- Bisherige extrabudgetäre Leistungen, TSS-Fälle, Vermittlungen, offene Sprechstunden und Zuschläge gesondert erfassen.
- Für 2027 mehrere Szenarien rechnen; Orientierungswert, regionale Verteilung und Auszahlungsquoten nicht gleichsetzen.
- Bei operativen Leistungen den konkreten Eingriff, Sachkosten, Nachbehandlung und die einschlägige Übergangsregelung prüfen.
- Praxissoftware, Abrechnungsabläufe und Teamhinweise anhand der veröffentlichten EBM-Beschlüsse aktualisieren.
- Verkündung der Notfallreform, ihre Inkrafttretensregelungen, neue BA-Beschlüsse und Informationen der zuständigen KV erneut prüfen.
- Vor Kürzungen des Angebots und vor Privatabrechnungen vertragsärztliche Pflichten und den Einzelfall rechtlich prüfen lassen.

Die rechtlichen Vorbehalte erläutert Was gilt bereits – und was ist noch offen?.

Diese obige Übersicht ersetzt keine Prüfung des Einzelfalls. Sie kann weder spätere Rechtsänderungen noch eine bestimmte Honorarhöhe garantieren.

zurück zum Inhaltsverzeichnis

ENDE

MedRecht hofft, Ihnen mit den vorstehenden Ausführungen einen nachvollziehbaren Überblick über gegebenenfalls anstehende Handlungserfordernisse gegeben zu haben. Anderenfalls fragen Sie gerne nach.

MedRecht – Kontakt



Dr. Daniel Gröschl – Fachanwalt für Medizinrecht
Am Marianum 34
41464 Neuss
Mobil: 0173 416 72 02
Tel.: 02131 53 93 407
E-Mail: groeschl@groeschl-medrecht.de
www.: http://groeschl-medrecht.de/

Vita:

- seit 2020: Lehrbeauftragter an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg
- 2019 Gründung von **M**ed**R**echt – Kanzlei für Medizinrecht
- 2018-2019 Anwalt bei Möller & Partner, Kanzlei für Medizinrecht
- 2012-2018 Anwalt bei Ratajczak & Partner, Kanzlei für Medizinrecht
- 2010-2012 Doktorarbeit im Medizinrecht
- 2003-2009 Studium der Rechtswissenschaften, Referendariat und Staatsexamina
- 1998-2010 Nachrichtenjournalist bei u.a. R.SH, SAT.1, N24, ZDF
- 1998-2002 Studium der Politischen Wissenschaften
- 1993-1997 Pressesprecher Landesschülervertretung und Schüler Helfen Leben
- 1976 geb. in Flensburg