

Auswirkungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz auf die Praxen

Gegensteuern ist wichtig!

Am 10. Juli 2026 hat der Deutsche Bundestag das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verabschiedet – ein Gesetz, das darauf abzielt, das Milliardenloch in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stopfen, indem es Leistungen kürzt und Ausgaben begrenzt, die unmittelbar die Arbeit der Zahnärztinnen und Zahnärzte betreffen. Die Mehreinnahmen sollen einen finanziellen Beitrag zur Stabilisierung der GKV leisten und weiter steigende Beiträge verhindern.

Nahezu alle Praxen befürchten Honorareinbußen und Versorgungsverschlechterung, der wirtschaftliche Spielraum wird weniger, während der Zeitaufwand für Dokumentations- und Nachweispflichten noch stärker steigen könnte.

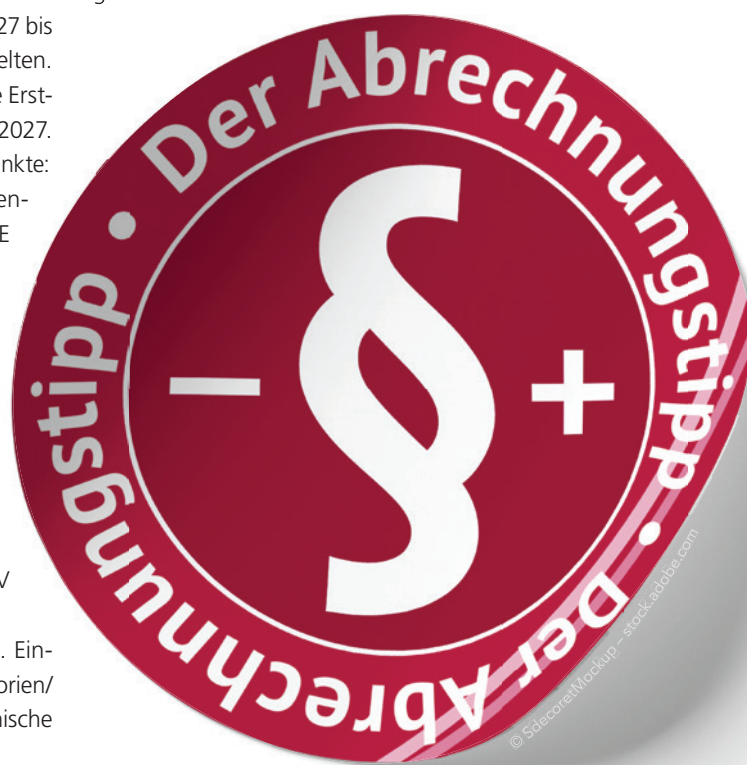
Die Finanzlage der Kassen lässt vermuten, dass der Druck weiter steigt: Der Zusatzbeitrag steigt – und reicht trotzdem nicht! Quellen: GKV-Spitzenverband (Zusatzbeitragssatz); BMG, Finanzentwicklung GKV Q1 2026.

Die Sparmaßnahmen im Überblick (Stand September 2026)

- Vergütungssteigerungen werden gedeckelt: In sämtlichen Leistungsbereichen sowie in der Verwaltung sollen die jährlichen Vergütungsanstiege auf die tatsächlichen Kostensteigerungen oder auf die Grundlohnrate begrenzt werden. In den Jahren 2027 bis 2029 soll zudem ein Abschlag von einem Prozentpunkt gelten.
- Extrabudgetäre Zusatzvergütungen entfallen, z. B. für die Erstbefüllung und weitere Befüllungen der ePA ab 1. Januar 2027.
- Kürzung der ZE-Festzuschüsse zum 1.1.27 um 10 Prozentpunkte: ZE-Begleitleistungen unterliegen der Budgetierung! Absenkung auf das Niveau von September 2020 verteuert ZE für Patienten, Härtefallregelung bleibt!
- Die Verwaltungskosten dürfen nur entsprechend der Grundlohnrate steigen.
- Fachzahnarztvorbehalt für KFO: Praxen haben Bestandsschutz! Neue Qualifikationsanforderungen mit Übergangsregelung. Überarbeitung Richtlinien und KIG-Systematik bis 12/27. Reform der Vergütung spätestens 30.6.28 geplant.
- Krankenkassen müssen nicht mehr über höheren Zusatzbeitrag informieren: „Entbürokratisierung“ (§ 175 SGB V Informationspflicht wurde gestrichen).
- Arznei- und Hilfsmittel: Zuzahlung/Rezeptgebühr steigt. Einführung von dynamischem Herstellerabschlag/Preismoratorien/Preis-Mengen-Regelung; homöopathische/anthroposophische Leistungen werden nicht mehr erstattet.

- Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit (25 Prozent, 50 Prozent, 75 Prozent der Arbeitszeit), um teilweise Weiterarbeit zu ermöglichen. Die geplante Kürzung des Krankengeldes wurde gestrichen.
- Minijobs: Der pauschale Arbeitgeberbeitrag steigt von 13 Prozent auf 17,5 Prozent, was zu Mehrkosten für Arbeitgeber führt.
- Beitragsbemessungsgrenze (BBG) und Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG): Erhöhung ab 2027 +300 Euro, bzw. 3.600 Euro, höhere Einkommen werden stärker belastet.

Familienversicherung: Beitragsfreie Mitversicherung von Ehe- und Lebenspartnern wird eingeschränkt; ab 2028 wird ein Beitragszuschlag von 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben. Ausnahmen gelten für Kinder unter sieben Jahren, pflegebedürftige Angehörige oder Personen über der Regelaltersgrenze.



Begrenzung für Honorarsteigerungen 2027–2029 in der GKV

- Künftig dürfen die Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz pro Kalenderjahr höchstens um die veröffentlichte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 SGB V steigen.
- Zukünftige Punktwertsteigerungen durch Grundlohnrate (GLR)
 - Vergütungssteigerungen werden an die Grundlohnrate gekoppelt –1 Prozent!
 - Die beschlossene Kopplung der jährlichen Vergütungssteigerungen an die Grundlohnsummenveränderungsrate minus 1 Prozentpunkt führt zu dauerhaft real sinkenden Honoraren, weil die GLR unter der tatsächlichen Kostenentwicklung liegt.

Von dieser Begrenzung unverändert ausgenommen (nicht budgetiert) sind:

- Leistungen nach § 22 SGB V (Individualprophylaxe).
- Leistungen nach § 22a SGB V (Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen).
- Früherkennungsleistungen bei Kindern nach § 26 SGB V.
- Leistungen nach § 87 Abs. 2i und 2j SGB V (z. B. aufsuchende Betreuung bei pflegebedürftigen Menschen mit Eingliederungshilfeanspruch).
- Parodontitisbehandlungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Anspruch auf Eingliederungshilfe.

Reale Honorarminderung:

- Die Kosten steigen schneller als die GLR – die Praxen geraten wirtschaftlich unter Druck.
- Gefährdung der Versorgungssicherheit: weniger Investitionen, weniger Personal, längere Wartezeiten.
- Strukturelle Unterfinanzierung: Die Regelung wirkt dauerhaft und kumulativ.
- Fehlanreize: Praxen könnten Leistungen reduzieren oder sich aus der GKV-Versorgung zurückziehen.
- Demografischer Effekt: Ältere ZÄ könnten früher aussteigen.
- Nachwuchsproblem: Die Niederlassung wird unattraktiver.

Abgrenzung BEMA versus GOZ! In der GKV ist nur der Mindeststandard abgebildet, Orientieren Sie sich am eigenen Qualitätsanspruch!

Das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) und die zahnärztlichen Richtlinien definieren den gesetzlichen Mindeststandard für jede Therapieplanung.

Unter Beachtung der zahnärztlichen Richtlinien wird klar, dass qualitativ hochwertige und aufwendige Versorgung nicht zur Vertragsleistung gehören und privat mit dem Patienten zu vereinbaren sind.

Die Kenntnis der Richtlinien erleichtert Ihre Entscheidung, ob die Maßnahme noch richtlinienkonform als GKV-Leistung zu erbringen oder nach GOZ zu vereinbaren ist.

ANZEIGE

Wir sind aus den 90ern.

Wir verlegen dental – und das seit mehr als 30 Jahren.



LERNEN SIE UNSER PORTFOLIO KENNEN



oemus.com



Nutzen Sie daher die Mehrkostenvereinbarungen nach § 28 SGB V sowie die Möglichkeit, selbstständige Leistung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z privat zu vereinbaren.

Je höher der Privatanteil am Gesamtumsatz ist, desto unabhängiger werden Sie und müssen weniger mit Regressen (Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Qualitätssicherungsprüfungen) oder Honorarrückforderungen durch die Budgetierung rechnen.

Nutzen Sie alle Spielräume der privat-zahnärztlichen Abrechnung als wirtschaftliches Steuerungsinstrument

- Eine neue GOZ ist (zum Glück) definitiv nicht in Sicht, auch politisch nicht gewollt. Unfassbar: Eine Punktwertanpassung ist auch nach 38 Jahren nicht geplant.
- § 5 GOZ („Bemessung der Gebühren“) eröffnet die Möglichkeit, den Zeitaufwand und die Schwierigkeit einer ZÄ-Leistung zu berücksichtigen und damit je nach Fall vom durchschnittlichen 2,3-fachen Steigerungssatz abzuweichen. Dabei wird die betriebswirtschaftliche Situation der Praxis nicht einbezogen.
- Die BZÄK empfiehlt die Anwendung von § 5 GOZ. Laut deren GOZ-Analyse werden nur 18 Prozent der abgerechneten Leistungen insgesamt über dem 2,3-fachen Steigerungssatz berechnet.
- Vermeiden Sie den Einheitsfaktor 2,3-fach, denn über 120 Leistungen sind im BEMA höher bewertet! Passen Sie die Steigerungsfaktoren Ihrer erbrachten GOZ-Leistung mindestens auf das BEMA-Niveau an und hinterlegen im PVS entsprechende Begründungen, damit eine Umsetzung im Behandlungszimmer auch realisiert werden kann. Ohne sorgfältige Dokumentation entstehen Honorarverluste!
- Kalkulieren und erfassen Sie in Ihrem PVS Analog- und Chairside-Leistungen
- Nutzen Sie die Möglichkeit einer Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ!
- Das Bundesverfassungsgericht hat die Zahnärzte angemahnt, alle Möglichkeiten der GOZ zu nutzen. Nur wer seinen eigenen Honorarstundenumsatz kennt, kann Analogberechnungen, Honorarvereinbarungen und Faktorsteigerungen korrekt und selbstbewusst anwenden.
- Schöpfen Sie alle privat-zahnärztlichen Abrechnungsmöglichkeiten konsequent aus, um wirtschaftlich erfolgreich zu bleiben.

Die GOZ bietet viele Instrumente, die oft ungenutzt bleiben!

Aktion – Reaktion

Nur wer alle Stellschrauben nutzt, kann die politisch verursachten Honorarminderungen vollständig, korrekt und rechtlich gesichert abfedern. Die politischen Rahmenbedingungen sind schwierig – die Handlungsspielräume müssen jetzt genutzt werden!

Wirtschaftliche Stabilität: vier Punkte

1. Faktorerhöhung – nur möglich bei vollständiger

Dokumentation:

Die korrekte Dokumentation ist der Schlüssel zu einer rechtssicheren und wirtschaftlich angemessenen Faktorerhöhung. Dokumentiert werden müssen: erschwerende Behandlungssituationen, besonderer Zeitaufwand, medizinische Begründungen, exakte Lokalisationen.

Zur Dokumentation: ohne genaue Dokumentation keine korrekte Abrechnung – und kein wirtschaftlicher Ausgleich.

2. Analogberechnung – unverzichtbar bei neuen Leistungen und modernen Verfahren:

Die GOZ 2012 bildet viele aktuelle Behandlungsmethoden nicht mehr ab. Der Bundesgerichtshof hat klargestellt: Verändert sich die Methode, ist die Leistung analog zu berechnen. Damit wird die Analogberechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ zu einem zentralen Instrument, um moderne Verfahren wirtschaftlich abzubilden – von neuen chirurgischen Techniken bis zu innovativen Anästhesiesystemen.

3. Chairside-Leistungen – ein Stiefkind in der Abrechnung – mit viel Potenzial:

Chairside-Leistungen nach § 9 GOZ werden in vielen Praxen nicht abgerechnet – obwohl sie rechtlich eindeutig nutzbar sind und einen wichtigen Beitrag zur Kostendeckung leisten. Gerade im Kontext von steigenden Material- und Personalkosten sind sie ein unverzichtbarer Bestandteil einer vollständigen GOZ-Abrechnung.

4. Honorarvereinbarung nach § 2 GOZ – wichtig und sinnvoll, aber nicht nur als einzige Aktion. § 2 GOZ Abs. 1 und 2 sind ein wichtiges Instrument, neben Punkt 1 bis 3!



Kerstin Salhoff
goz@bdizedi.org

tiologic[®]
TWINFIT

30
years
DENTAURUM
IMPLANTOLOGY

CAD/CAM TITANBASIS VARIO

Individuelle Lösungen beginnen an der Basis

- Integrierte Trennkerben für eine einfache Höhenindividualisierung
- Optionale Fensterung für Schraubenangulation bis zu 20°
- Maximale Materialstärke an der Restauration durch innenliegende Rotationssicherung
- 8.5 mm hoher Klebezyylinder

