

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER – WANN DÜRFEN LEISTUNGEN PRIVAT ABGERECHNET WERDEN?

Dr. Oliver Stenz, Referatsleiter Recht, MEDIVERBUND AG

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

DAS SACHLEISTUNGSPRINZIP – DIE RECHTLICHEN GRUNDLAGEN

- **Kernbotschaft:** Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen.
- **Die Pflicht des Kassenarztes:** Vertragliche Verpflichtung zur Abrechnung über die Krankenkasse.
Verbot, für Kassenleistungen Geld vom Patienten zu verlangen, § 95 SGB V.
- **Der Maßstab (§ 12 SGB V):** Leistungen müssen wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig sein („WANZ“).
- **Das Umwandlungsverbot:** Medizinisch indizierte Kassenleistungen dürfen grundsätzlich *nicht* in „Selbstzahlerleistungen“ umgewandelt werden. Bei Verstößen drohen Honorarkürzungen und Disziplinarverfahren.

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

WANN IST DIE PRIVATABRECHNUNG BEI GKV-PATIENTEN ERLAUBT

- **Systemfremde Leistungen (IGeL):** Methoden, die nicht im EBM-Katalog enthalten sind (z. B. Akupunktur bei nicht-indizierten Beschwerden).
- **„Verlangensleistungen“:** Medizinisch nicht indizierte Maßnahmen auf expliziten Wunsch des Patienten (§ 1 Abs. 2 GOÄ).
- **Fehlender Versicherungsnachweis:** Keine eGK innerhalb von 10 Tagen vorgelegt (Abrechnung nach GOÄ, Rückerstattungspflicht bei Nachreichung im Quartal).
- **Gewählte Kostenerstattung:** Patient hat die Kasse nach § 13 SGB V umgestellt (Wechsel zum Kostenerstattungsprinzip).

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

„PRIVATSPRECHSTUNDEN FÜR KASSENPATIENTEN“

- **Die harte Regel:** Sie dürfen Kassenleistungen in Ihrer Privatsprechstunde nicht gegen Honorar anbieten, nur weil der Patient dort schneller einen Termin bekommt („Verkauf von Schnelligkeit“).
- **Ausnahme:** Der Patient wünscht explizit und ohne zeitliche Dringlichkeit eine Behandlung als Privatpatient (z. B. für erweiterten Zeitumfang oder Komfort).
- **Beachte:** Hohe Prüfdichte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Dokumentieren Sie unmissverständlich, dass die Initiative zur Privatbehandlung *vom Patienten* ausging.

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

FORMFEHLER VERMEIDEN – DIE 3 SÄULEN DER ABSICHERUNG



KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

TYPISCHE HAFTUNGSFALLEN IN DER PRAXIS

- **Mangelnde Dokumentation:** Fehlt die schriftliche Vereinbarung *vor* der Behandlung, entfällt der Honoraranspruch komplett.
- **Kopplungsgeschäfte:** „Kassenbehandlung nur, wenn Sie auch die IGe-Leistung nehmen“ ist berufsrechtlich unzulässig.
- **Der Notfall:** Akutbehandlungen und Schmerztherapie dürfen *niemals* von einer Selbstzahler-Vereinbarung abhängig gemacht werden.

Allerdings ist ein Parallelbetrieb von GKV- und Privatpraxis möglich. Die hierfür zu beachtenden Voraussetzungen möchten wir Ihnen im Anschluss kurz darstellen:

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

PARALLELBETRIEB VON GKV- UND PRIVATPRAXIS

Neben den zuvor geschilderten Optionen, beziehungsweise Grenzen hinsichtlich des Abweichens vom Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung (Wechsel zum Kostenerstattungsprinzip, IGeL) besteht für jeden niedergelassenen Berufsträger die, zumindest theoretische Option, nur noch Privatpatienten abzurechnen.

Ob jedoch ein wirtschaftlicher Betrieb einer reinen Privatpraxis überhaupt möglich ist (zum Beispiel weil die Patientenstruktur am Ort der Niederlassung den Betrieb einer Privatpraxis nicht zulässt), muss im Rahmen einer Prüfung im Einzelfall beurteilt werden.

Sollte der Berufsträger jedoch die Durchführung einer Privatsprechstunde erwägen, sollte Folgendes beachtet werden:

Eindeutige Trennung (§ 20 Abs. 2 Satz 1 der Ärzte-Zulassungsverordnung): Privat- und Kassenpraxis müssen **organisatorisch, wirtschaftlich** und **abrechnungstechnisch** voneinander **getrennt** sein.

Dies verhindert Vorwürfe der Doppelabrechnung oder der Zweckentfremdung von Kassenstrukturen.

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

ORGANISATORISCHE TRENNUNG

Die **organisatorische Trennung** gewährleistet die ordnungsmäßige Nutzung von Ressourcen und den Praxisablauf.

- Sprechzeiten trennen: Reservieren Sie feste Tage oder Stunden exklusiv für Privatpatienten.
- Räume klar zuweisen: Nutzen Sie separate Behandlungszimmer oder kennzeichnen Sie gemeinsames Inventar eindeutig.
- Personaleinsatz dokumentieren: Erfassen Sie genau, welche Mitarbeiter wie viele Stunden für welchen Praxiszweig arbeiten.
- Telefonleitungen splitten: Schalten Sie eine **eigene Telefonnummer** für **Privatpatienten** oder **IGeL-Anfragen**.
- **Patientenakten trennen**: Führen Sie Kassen- und Privatakten in der Software absolut getrennt.

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

WIRTSCHAFTLICHE TRENNUNG

Eine **wirtschaftliche Trennung** sorgt für transparente Finanzströme und schützt vor Steuerprüfungen.

- Eigene Bankkonten nutzen: Richten Sie zwingend **getrennte Konten** für Kassen- und Privateinnahmen ein.
- Kosten präzise aufteilen: Splitten Sie Miete, Strom und Leasinggebühren über einen festen Verteilungsschlüssel auf.
- Wareneinkauf trennen: Bestellen Sie Verbrauchsmaterialien (z. B. Spritzen, Verbandstoffe) separat für jeden Praxiszweig.
- Eigene Verträge abschließen: Nutzen Sie separate Versicherungen und Wartungsverträge für rein private Praxisgeräte.
- Zwei Buchhaltungen führen: Buchen Sie alle Geschäftsvorfälle auf strikt **getrennte Buchungskreise**.

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

ABRECHNUNGSTECHNISCHE TRENNUNG

- **Systematische Software-Trennung:** Rechnen Sie Kassenleistungen über das **KV-System** (EBM) und/oder über die **Selektivverträge** und Privatleistungen über die **GOÄ** ab.
- **Keine Doppelabrechnung:** Rechnen Sie eine erbrachte Leistung niemals parallel in beiden Systemen ab.
- **Schriftliche Honorarvereinbarung:** Schließen Sie mit Privatpatienten und Selbstzahlern **vor** der Behandlung einen Behandlungsvertrag ab.
- **Eindeutige Rechnungsstellung:** Stellen Sie Privatliquidationen direkt an den Patienten oder über eine privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS).

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

KERNBOTSCHAFTEN

- Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen.
- Medizinisch indizierte Kassenleistungen dürfen grundsätzlich nicht in „Selbstzahlerleistungen“ umgewandelt werden.
- Sie dürfen Kassenleistungen in Ihrer Privatsprechstunde nicht gegen Honorar anbieten, nur weil der Patient dort schneller einen Termin bekommt („Verkauf von Schnelligkeit“).
- Einrichtung eines Parallelbetriebs von GKV-Versicherten und Privatversicherten.
- Klare Trennung beider Bereiche.
- Kein Druck auf die Entscheidung des Patienten (dem Patienten ist ein ausreichender **Entscheidungszeitraum einzuräumen**).
- Klare **Dokumentation** des Wunsches des Patienten nach „Selbstzahlerleistungen“. Behandlungsvertrag **vor Beginn** der Behandlung
- Abrechnung nach GOÄ

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN



www.medi-verbund.de



HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE: KONTINUITÄT SICHERN, CHANCEN NUTZEN

Wolfgang Fechter, Unternehmensbereichsleiter, MEDIVERBUND AG

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE

KONTINUITÄT SICHERN, CHANCEN NUTZEN

Einleitende Feststellungen

Mit den HZV-Verträgen und den daran anknüpfenden Facharztverträgen haben die Selektivvertragspartner in Baden-Württemberg eine „Blaupause“ für die im Koalitionsvertrag genannte „Primärversorgung“ geschaffen.

Die Erfolge des Zusammenwirkens im Rahmen der Haus- und Facharztverträge im Hinblick auf

- die Verbesserung der Patientenversorgung
- die Reduzierung von Leistungsaufgaben

wurden mehrfach (und über einen Zeitraum von mehr als 10 Jahren) wissenschaftlich bestätigt.

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE

KONTINUITÄT SICHERN, CHANCEN NUTZEN

Blick in das GKV-BStabG: Gesetzesänderungen **betreffend** die Selektivvertragsgrundlagen

25. § 71 Beitragssatzstabilität

Kurzerläuterung: Vertragspartner haben Vereinbarungen über die Vergütungen ... so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden. Maßstab: durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied (Grundlohn-VÄ-Rate). Ausnahmen sind möglich: z. B. Vorsorge, Früherkennungsmaßnahmen, DMP

a) Abs. 2 Satz 2 - neu:

Streichung der **Zulässigkeit bei Vergütungsveränderungen** vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität abzuweichen, wenn Mehrausgaben durch abgesicherte oder schon erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen begründet werden

b) Absatz 3 Satz 3 und 4 - neu

- **Ermittlung Grundlohn-VÄ-Rate** (durch BMG) für 2028 und 2029 **ohne außerordentliche Erhöhungen** der Beitragsbemessungsgrenzen 2027 - 2029
- **Ermittlungsergebnis wird für 2027 - 2029 jeweils um 1 % gemindert**

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE

KONTINUITÄT SICHERN, CHANCEN NUTZEN

Blick in das GKV-BStabG: Gesetzesänderungen **betreffend** die Selektivvertragsgrundlagen

27. § 73b Abs. 5 - Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)

Kurzerläuterung: Vertragspartner der Selektivverträge vereinbaren Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung ... sowie die Vergütung der HZV.

a) Einfügen neuer Sätze:

- **§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend** = Grundsatz der Beitragssatzstabilität
- **Bei Mengensteigerung aufgrund einer steigenden Anzahl an Teilnehmern, Vergütung zusätzliche Leistungen mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise** (= allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen) – Vergleich Teilnehmerzahlen je Quartal mit Vorjahresquartal
- **Verpflichtung Vertragspartner** zur Festsetzung der Höhe des Abschlags und des Verfahrens zur Anwendung auf Hausärzte **bis 31.3.2027**

b) Neuer Satz 8: Abweichen von neuen Sätzen 2 - 5 in Selektivverträgen ist nicht (mehr) möglich

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE

KONTINUITÄT SICHERN, CHANCEN NUTZEN

Blick in das GKV-BStabG: Gesetzesänderungen **betreffend** die Selektivvertragsgrundlagen

57. § 140a - Besondere Versorgung (auch Facharztverträge)

Kurzerläuterung: Krankenkassen können Verträge ... über eine besondere Versorgung ... abschließen.

a) Abs. 2: Einfügen neuer Satz:

- § 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend = Grundsatz der Beitragssatzstabilität

b) Neuer Satz 3: Kann-Regelung zur Abweichung von Leistungen nach Kapitel 3 SGB V sowie ärztlichen Leistungen einschl. neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit der G-BA keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

Keine Regelung zu Abschlägen/Preissenkung für zusätzliche Leistungen bei Mengensteigerung bzw. steigenden Teilnehmerzahlen (Kostendegression).

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE

KONTINUITÄT SICHERN, CHANCEN NUTZEN

Blick in das GKV-BStabG – Gesetzesänderungen **ohne Bezug** zu den Selektivvertragsgrundlagen

- - beziehen sich ausschließlich auf die „Regelversorgung“ bzw. die „Gesamtvergütung“, z. B.
- **31. § 87 SGB V**
 - Streichung **Zuschläge aufgrund Terminvermittlung** für Haus- und Fachärzte
 - Streichungen betreffend Vergütung von Psychotherapie (Angemessenheitsregelung, Zuschlag 15 % für die ersten 10 Sitzungen bei Kurzzeittherapie, Ausnahmen von der „Einbudgetierung“)
 - Berücksichtigung **Kostendegression** bei Fallzahlsteigerungen bei der Anpassung des **Orientierungswerts**
- **32. § 87 a SGBV**
 - „**Einbudgetierung**“ **bisher extrabudgetär vergüteter Leistungen** (z. B. bei Terminvermittlungen / in offenen Sprechstunden, vom G-BA/BWA definierte Leistungen, regional zwischen KV und Krankenkassen vereinbarte Leistungen)
 - Anhebung „MGV-Behandlungsbedarf“ um bisher „extrabudgetäre Gesamtvergütungen“

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE

KONTINUITÄT SICHERN, CHANCEN NUTZEN

Blick in das GKV-BStabG – Gesetzesänderungen **ohne Bezug** auf Selektivvertragsgrundlagen

- beziehen sich ausschließlich auf die „Regelversorgung“ bzw. die „Gesamtvergütung“, z. B.
- **34. § 87d neu – Vergütung Leistungen außerhalb MGV**
 - = Einbudgetierung / Streichung bisher extrabudgetär bezahlter Leistungen und gesetzliche Bestimmung künftig möglicher extrabudgetär zu vergütende Leistungen
 - **Abs. 1** : Von den Kassen sind folgende **Leistungen außerhalb MGV zu vergüten**:
 - Dialyse-Sachkosten,
 - neue Leistungen mit weniger als 8 Qu. Abr.daten,
 - Substitutionsbehandlung,
 - KJPY-Leistungen
 - **Abs. 2**: **BWA kann (bei Erhöhung Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit) weitere Leistungen und verbindliche Kriterien für weitere Herausnahme** von Leistungen aus MGV bei nachweisbarer Erhöhung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit beschließen
 - **Abs. 3**: BWA evaluiert und prüft jährlich, ob Voraussetzungen für extrabudgetäre Leistungen noch vorliegen

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE

KONTINUITÄT SICHERN, CHANCEN NUTZEN

Blick in das GKV-BStabG – Gesetzesänderungen **ohne Bezug** auf Selektivvertragsgrundlagen

- beziehen sich ausschließlich auf die „Regelversorgung“ bzw. die „Gesamtvergütung“, z.B.
- **35. § 87b neu – HVM-Vorgaben**
 - a) ...
 - b) Abs. 2 Satz 4 ff neu:
 - Bewertungsausschuss beschließt bis 15.2.27 Vorgaben für Honorarverteilung zur sachgerechten Verteilung der in die MGV aufzunehmenden Vergütungen
 - **Zuordnung Einbudgetierungsvolumen zu jeweiligen Fachgruppen**
 - ggf. gesonderte Verteilungsregelungen
 - **Vorgaben sind durch KVen zu beachten**
 - Keine Begrenzung oder Minderung Honorar für am 31.12.26 noch nicht abgeschlossene gen.pfl. Psychotherapien

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE

KONTINUITÄT SICHERN, CHANCEN NUTZEN

Blick in das GKV-BStabG – Gesetzesänderungen

„Betroffenheit“ Psychotherapie-Vergütung – „nur“ Regelversorgung

- **Wegfall Extrabudgetäre Vergütung PT-Leistungen** – Einbudgetierung (Akutbehandlungen, Probatorik, Sprechstunden und genehmigungspflichtige Psychotherapie)
- **Begrenzung Anstieg** „(neu) budgetiertes“ Vergütungsvolumen auf Grundlohnsummensteigerung – 1 %
- **Streichung „Angemessenheitsregelung“** (gewährleistet bisher angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit) – sollte im Hinblick auf BSG-Rechtsprechung juristisch geprüft werden
- **Streichung 15 %-Zuschlag** für die ersten 10 Sitzungen Kurzzeittherapie
- **Entschließungsantrag** (Beschlussfassung bis September): Extrabudgetäre Vergütung für
 - bereits begonnene Behandlungen (Versorgungskontinuität)
 - schwere Fälle und dringliche Akutfälle (Definition durch G-BA)
- **Zusätzlich eBWA-Beschluss:** 4,5 % Absenkung PT-Vergütungen aus eBWA-Beschluss (KBV klagt)

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE

KONTINUITÄT SICHERN, CHANCEN NUTZEN

Wirkung der Einbudgetierung auf **Honorarverteilung** (HVM) – Mengenbegrenzung

- **Regelung zur Vermeidung von Leistungsausweitungen** als Folge der Einbudgetierung
- **Erste Pläne und Berechnungen von KVen**
 - **Bildung „Psychotherapie-Töpfe“ - offen:**
 - Psychotherapietopf über alle Fachgruppen, Psychotherapietopf je Fachgruppe (ggf. „Topf im Topf“) und / oder Praxis-/ Betriebsstättenbezug
 - Einbezogene Leistungen (Akutbehandlungen, Probatorik, Sprechstunden und genehmigungspflichtige Psychotherapie)
 - **Diskutierte Möglichkeiten zur Mengenbegrenzung:**
 - **Kapazitätsgrenze auf Basis „Plausizeiten“** – bei Vollzeittätigkeit wöchentlich 27.090 Minuten im Quartal offen: **einbezogene Leistungen** (Akutbehandlungen, Probatorik, Sprechstunden und genehmigungspflichtige Psychotherapie)
 - **nur genehmigungspflichtige Psychotherapie** (bei Vollzeittätigkeit wöchentlich 36 Sitzungen)
 - **Offen:** Umgang mit Leistungsvolumen aus „**halben Sitzen**“ und **Gruppentherapien**
 - **Offen: Berücksichtigung Leistungsmengen aus Selektivverträgen** (z. B. durch verbindliche Meldung von Pseudoziffern für Strukturzuschläge)

Meinung MEDI: Es gibt gute (juristisch begründbare) Argumente dagegen

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE

KONTINUITÄT SICHERN, CHANCEN NUTZEN

Erste Gespräche mit Selektivvertragspartnern:

- Grundsatz der Beitragssatzstabilität war in Selektivverträge bereits „gelebte Praxis“
- Kassen stehen grds. zu Selektivverträgen (Haus- und Facharztverträge)
- unklare Formulierungen im BStabG sind mit den entsprechenden Aufsichtsbehörden zu diskutieren
- Ziel der Vertragspartner: möglichst pragmatische Regelungen, die dem Sinn der Grundlohnanbindung auch in der HZV / in den FAV gerecht werden, ohne praxisindividuelle ungerechtfertigte Verwerfungen auszulösen.

Fazit

- **Die Kontinuität** der Selektivverträge und der bisherigen Inhalte **ist gewährleistet.**
- **Die Vertragsgestaltung und -umsetzung** von Selektivverträgen bieten **weiterhin viele Chancen** zur Versorgungsgestaltung / -verbesserung und entsprechenden Vergütungsstrukturen
- **Es besteht keine Veranlassung, eine angedachte Selektivvertragsteilnahme zurückzustellen oder Versicherteneinschreibungen zurückzuhalten.**