MEDIVERBUND
BADEN-WÜRTTEMBERG

UPDATE: GKV-SPARGESETZ – WAS JETZT?

01. Oktober 2026

AGENDA

01 **Spargesetz, Reformen & Co. – Wie geht es weiter mit der ambulanten Versorgung?**
Dr. Norbert Smetak, Vorsitzender MEDI-Baden-Württemberg

02 **Neue Gesetzgebung neue Herausforderung – Wie unterstützt die KV die Praxen?**
Dr. Karsten Braun, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

03 **Praxen wirtschaftlich führen – Was ist rechtlich möglich, wo sind die Grenzen?**
Dr. Oliver Stenz, Referatsleitung Recht, MEDIVERBUND AG

04 **Haus- und Facharztverträge: Warum sie jetzt besonders wichtig sind**
Jasmin Ritter, Abteilungsleiterin Vertragswesen, MEDIVERBUND AG

MEDIVERBUND
BADEN-WÜRTTEMBERG

MEDIVERBUND Update: GKV-Spargesetz – und was jetzt? Onlineveranstaltung 1.10.2026

Neue Gesetzgebung, neue Herausforderungen

Wie unterstützt die KV die Praxen?

Dr. med. Karsten Braun, LL. M.
Vorsitzender des Vorstands

BStabG

Transparenz: Die Neuregelungen in Kürze
… und was wir für Sie tun

Änderungen im EBM

(§ 87 SGB V)

Streichung:

- **Wartezeit**-Zuschläge (TSS- und HA-Vermittlung)
- Vergütung für **Organ- und Gewebespendeberatung**
- Zuschläge **Kurzzeittherapie** bei ambulanter Psychotherapie
- Erstbefüllung und Aktualisierung der **ePA**
- **Hygiene**-Zuschläge

BA-Beschluss 25.08.2026 *Streichung zum 01.01.2027*

BA-Beschluss noch ausstehend

Die gesetzlichen Vorgaben zur Streichung sind eindeutig und führen zu einer Änderung des EBM zum 01.01.2027

Änderungen im EBM

(§ 87 SGB V)

Neue Interpretation des Gesetzestexts: Streichung nur auf Hygienezuschläge für Grund- und Versicherten pauschalen, d. h. weniger Verluste

KBV/KVen konnten sich im BA durchsetzen, GKV-SV wollte schon 1.10.2026!

Streichung:

- **Wartezeit**-Zuschläge (TSS- und HA-Vermittlung)
- Vergütung für **Organ- und Gewebespendeberatung**
- Zuschläge **Kurzzeittherapie** bei ambulanter Psychotherapie
- Erstbefüllung und Aktualisierung der **ePA**
- **Hygiene**-Zuschläge

BA-Beschluss 25.08.2026 *Streichung zum 01.01.2027*

BA-Beschluss noch ausstehend

Die gesetzlichen Vorgaben zur Streichung sind eindeutig und führen zu einer Änderung des EBM zum 01.01.2027

Grundsatz der Beitragssatzstabilität

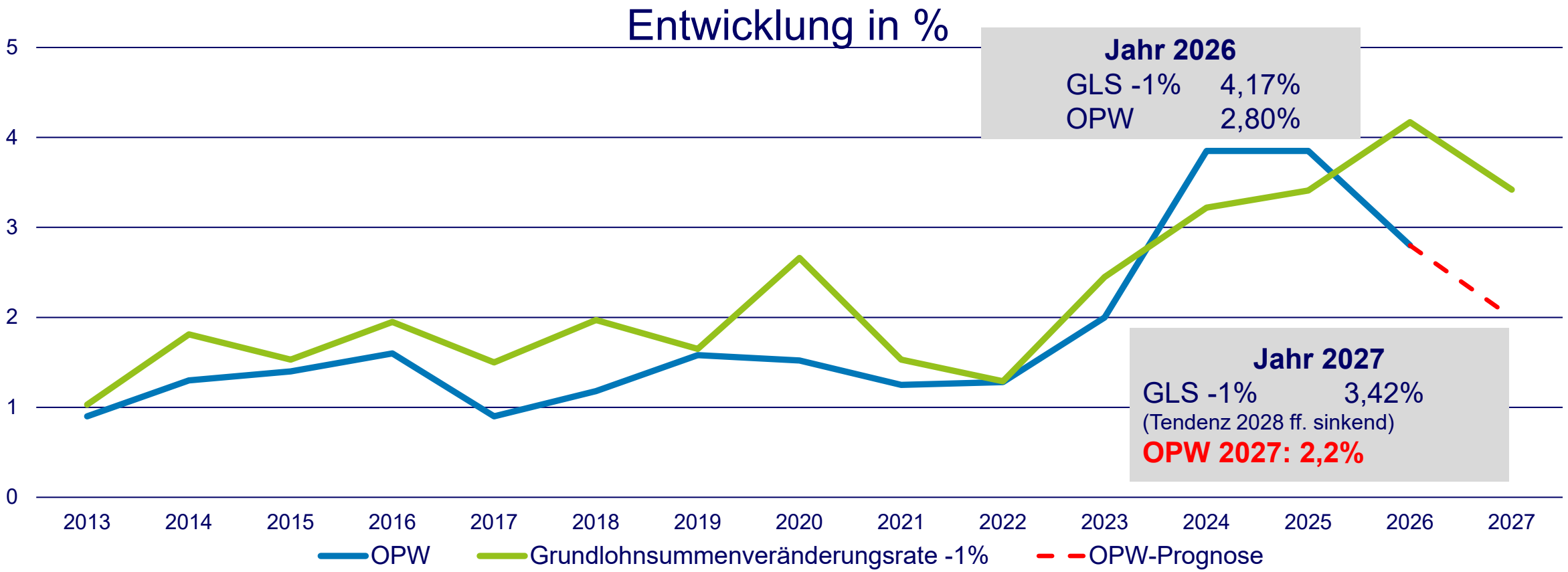
(§ 71 SGB V)

- Der Grundsatz der **Beitragssatzstabilität** gilt grundsätzlich für **alle Leistungsbereiche**.
- **Begrenzung** der Zuwächse auf die **Grundlohnsummensteigerung** (**abzüglich 1 Prozentpunkt** in den Jahren 2027, 2028 und 2029) bei
  - Anpassung Orientierungswert (§ 87) bzw. regionaler Punktwert (§ 87a) (zu berücksichtigen bei MGV sowie Leistungen gemäß § 87d)

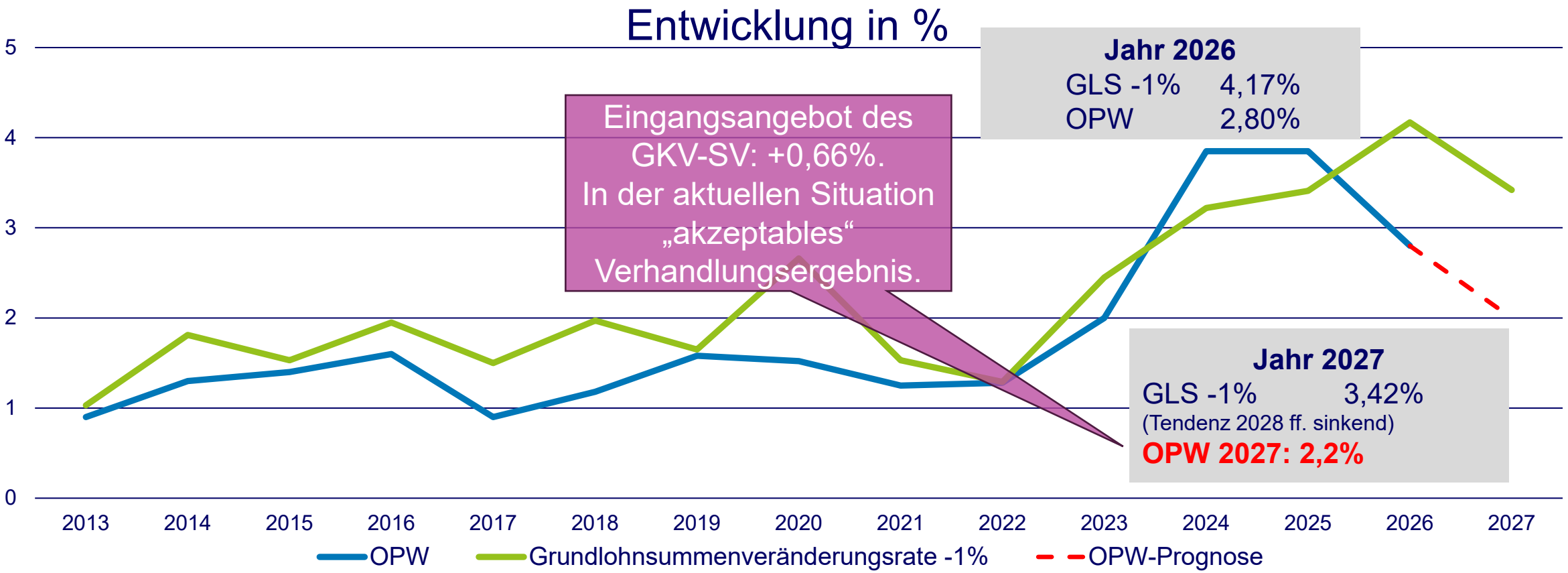
  → Morbi-Rate als Teil des notwendigen Behandlungsbedarfs ist nicht umfasst

Auswirkung auf Honorarergebnisse aller Fachgruppen

Grundlohnsumme (GLS) -1% vs. OPW



Grundlohnsumme (GLS) -1% vs. OPW



Neustrukturierung Vergütung außerhalb MGV

(§ 87a i.V.m. § 87b/d SGB V) [1/2]

- Weiterhin **unquotierte, extrabudgetäre Vergütung („echte EGV“) nur noch für 4 gesetzlich vorgegebene Bereiche**
  - nichtärztliche Dialyseleistungen
  - Substitutionsbehandlung
  - Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Abschnitt 14.2 EBM sowie GOPen 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM)
  - sowie neu in den EBM aufgenommene Leistungen (es liegen keine Abrechnungsdaten von mindestens 8 Quartalen vor)

  - BA kann für **weitere Leistungen** EGV beschließen, wenn nachweisbar die **Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöht wird**; BA hat verbindliche und objektivierbare Kriterien zu beschließen, anhand derer die Erhöhung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit gemessen werden kann – **keine Fristvorgabe für BA für die Festlegung von Kriterien**

Neustrukturierung Vergütung außerhalb MGV

(§ 87a i.V.m. § 87b/d SGB V) [1/2]

- Weiterhin **unquotierte, extrabudgetäre Vergütung („echte EGV“) nur noch für 4 gesetzlich vorgegebene Bereiche**
  - nichtärztliche Dialyseleistungen
  - Substitutionsbehandlung
  - Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Abschnitt 14.2 EBM sowie GOPen 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM)
  - sowie neu in den EBM aufgenommene Leistungen (es liegen keine Abrechnungsdaten von mindestens 8 Quartalen vor)

KBV/KVen werden Begriff „neue“ maximal möglich ausweiten

KBV/KVen versuchen weitere Leistungen extrabudgetär zu halten. Ausgang ungewiss.

  - BA kann für **weitere Leistungen** EGV beschließen, wenn nachweisbar die **Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöht wird**; BA hat verbindliche und objektivierbare Kriterien zu beschließen, anhand derer die Erhöhung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit gemessen werden kann – **keine Fristvorgabe für BA für die Festlegung von Kriterien**

Neustrukturierung Vergütung außerhalb MGV

(§ 87a i.V.m. § 87b/d SGB V) [2/2]

- Überführung **extrabudgetärer Leistungen (EGV) in die MGV**
  - **TSVG-Konstellationen** (TSS-, Hausarztvermittlung, Offene Sprechstunde)
  - **Bisherige Leistungen gem. der Empfehlung des BA** (MGV-Abgrenzungsbeschluss 2026), wie z. B. ambulantes Operieren, Psychotherapie, Strahlentherapie, Nephrologie und Dialyse (ohne nichtärztliche Dialyseleistungen), Medikationsplan
  - **alle Leistungen, für die Abrechnungsdaten von mindestens 8 Quartalen vorliegen**
  - **regional vereinbarte EGV-Leistungen,** insbesondere die Leistungen des Vertrages nach § 115b sowie aller mit der GOP 88115 gekennzeichneten Begleitleistungen

→ **Rückführung der Finanzmittel auf Basis (unquotierter) Punktzahlvolumen 2025 (fortentwickelt)**

→ **Keine Rückführung von Finanzmitteln für TSVG-Konstellationen (außer offene Sprechstunde Bereinigung 2023 bis 2025) – Fehler bei Rückführung soll korrigiert werden!**

Neustrukturierung Vergütung außerhalb MGV

(§ 87a i.V.m. § 87b/d SGB V)

[2/2]

Wir setzen uns auf der Bundesebene für sinnvolle Vorgaben ein

- Überführung **extrabudgetärer Leistungen (EGV) in die MGV**
  - **TSVG-Konstellationen** (TSS-, Hausarztvermittlung, Offene Sprechstunde)
  - **Bisherige Leistungen gem. der Empfehlung des BA** (MGV-Abgrenzungsbeschluss 2026), wie z. B. ambulantes Operieren, Psychotherapie, Strahlentherapie, Nephrologie und Dialyse (ohne nichtärztliche Dialyseleistungen), Medikationsplan
  - **alle Leistungen, für die Abrechnungsdaten von mindestens 8 Quartalen vorliegen**
  - **regional vereinbarte EGV-Leistungen,** insbesondere die Leistungen des Vertrages nach § 115b sowie aller mit der GOP 88115 gekennzeichneten Begleitleistungen

Fehler konnte dem BMG von KBV und KVen deutlich gemacht werden.
Bringt BaWü 52 Mio€.

→ **Rückführung der Finanzmittel auf Basis (unquotierter) Punktzahlvolumen 2025 (fortentwickelt)**

→ **Keine Rückführung von Finanzmitteln für TSVG-Konstellationen (außer offene Sprechstunde Bereinigung 2023 bis 2025) – Fehler bei Rückführung soll korrigiert werden!**

TSVG-Konstellationen

(§ 87a Abs. 3 SGB V)

Überführung EGV in MGV

- alle Leistungen der **TSVG-Konstellationen** werden **aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bezahlt**
- die **Vergütung** erfolgt **aus den Honorartöpfen der einzelnen Fachgruppen (RLV, QZV, Freie Leistungen)**
- die MGV wird **ausschließlich um die bereinigten Finanzmittel für die offene Sprechstunde (2023 bis 2025)** erhöht, **nicht** um das Honorar (Mengenentwicklung) – **Fehler bei Rückbereinigung soll korrigiert werden!**

Auswirkung auf HVM

- **TSVG-Fallzahlen** aus dem Vorjahresquartal (TSS-/Hausarztvermittlung, Offene Sprechstunde) werden bei der **Bemessung des RLV ab 2027 berücksichtigt**
- **Wirkung der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB)** – Vergleich FZ VJQ zu FZ VVJQ – inkl. TSVG-Fallzahlen, Steigerung max. 3%-Fachgruppendurchschnitt, **Einbezug aller Fachgruppen** (Gleichbehandlung)
- **Folge: sinkende RLV-Fallwerte**

TSVG-Konstellationen

(§ 87a Abs. 3 SGB V)

Wir achten auf Gerechtigkeit

Fehler konnte dem BMG von KBV und KVen deutlich gemacht werden.
Bringt BaWü 52 Mio€.

Überführung EGV in MGV

- alle Leistungen der **TSVG-Konstellationen** werden **aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bezahlt**
- die **Vergütung** erfolgt **aus den Honorartöpfen der einzelnen Fachgruppen (RLV, QZV, Freie Leistungen)**
- die MGV wird **ausschließlich um die bereinigten Finanzmittel für die offene Sprechstunde (2023 bis 2025)** erhöht, **nicht** um das Honorar (Mengenentwicklung) **– Fehler bei Rückbereinigung soll korrigiert werden!**

Wir gehen politisch mit

Wir achten auf Gerechtigkeit

Auswirkung auf HVM

- **TSVG-Fallzahlen** aus dem Vorjahresquartal (TSS-/Hausarztvermittlung, Offene Sprechstunde) werden bei der **Bemessung des RLV ab 2027 berücksichtigt**
- **Wirkung der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB)** – Vergleich FZ VJQ zu FZ VVJQ – inkl. TSVG-Fallzahlen, Steigerung max. 3%-Fachgruppendurchschnitt, **Einbezug aller Fachgruppen** (Gleichbehandlung)
- **Folge: sinkende RLV-Fallwerte**

Feststehende Auswirkungen auf Grundlage des Referentenentwurfes des GKV-Beitragssatztabilisierungsgesetzes (Basisjahr 2025) – vollständige Rückbereinigung TSVG

Fachgruppe	Gesamthonorar €	Geschätzter Rückgang gesamt € / relativ		TSVG gesamt €	ePA €	Kurzzeitthrp. (Zuschläge) €	Organspende €	Hygiene €
Hausärzte	1.377.000.000	26.010.000	1,90%	4.250.000	13.150.000	110.000	4.800.000	3.700.000
Kinderärzte	269.000.000	2.265.000	0,80%	450.000	1.100.000		15.000	700.000
Anästhesiologie	86.000.000	422.000	0,50%	300.000	22.000			100.000
Augenheilkunde	302.500.000	6.300.000	2,10%	4.900.000	600.000			800.000
Chir./Neurochir.	164.000.000	6.850.000	4,20%	6.000.000	450.000			400.000
Frauenheilkunde	323.500.000	11.060.000	3,40%	7.150.000	2.850.000	10.000		1.050.000
HNO/Phoniater	151.500.000	17.700.000	11,70%	15.900.000	1.200.000			600.000
Haut.-Geschlsk.	159.500.000	4.550.000	2,90%	3.450.000	500.000			600.000
Int., ohne SP	26.500.000	250.000	0,90%	100.000	100.000			50.000
Angiologie	11.000.000	430.000	3,90%	350.000	50.000			30.000
Endokrinologie	27.500.000	280.000	1,00%	100.000	150.000			30.000
Rheumatologie	17.500.000	640.000	3,70%	450.000	150.000			40.000
Gastroenterologie	85.500.000	1.180.000	1,40%	550.000	500.000			130.000
Kardiologie	85.500.000	4.430.000	5,20%	3.200.000	1.050.000			180.000
Kardiol., invasiv	29.500.000	1.040.000	3,50%	800.000	200.000			40.000
Häm.-/Onkologie	57.000.000	700.000	1,20%	500.000	150.000			50.000
Pneumologie	59.000.000	1.750.000	3,00%	950.000	650.000			150.000
…	…	…	…	…	…	…	…	

Wir mildern so Folgeschäden ab, wo immer möglich

- TSVG gesamt = TSVG-Zuschläge und Teil des TSVG-Honorars des Jahres 2025, der über das ursprüngliche und seitdem bis zum Jahr 2025 fortentwickelte MGV-Bereinigungsvolumen hinausgeht.
- ePA-Erstbefüllung ist nur einmal im Leben abrechenbar
- Werte gerundet; Spalte "%" = Anteil am Gesamthonorar; Geschätzter Rückgang = Summe aus Spalten TSVG, ePA, Kurzzeittherapie, Organspende, Hygienezuschläge auf Versicherten- und Grundpauschalen

Feststehende Auswirkungen auf Grundlage des Referentenentwurfes des GKV-Beitragssatztabilisierungsgesetzes (Basisjahr 2025) – vollständige Rückbereinigung TSVG

Fachgruppe	Gesamthonorar €	Geschätzter Rückgang gesamt € / relativ		TSVG gesamt €	ePA €	Kurzzeitthrp. (Zuschläge) €	Organspende €	Hygiene €
…	…	…	…	…	…	…	…	…
Neurologie	98.000.000	5.250.000	5,40%	4.450.000	600.000			200.000
Nervenheilkunde	47.000.000	2.260.000	4,80%	2.000.000	150.000	10.000		100.000
Psychiatrie	71.500.000	2.940.000	4,10%	2.600.000	100.000	90.000		150.000
Ki.- u. Jug.-Psychi.	45.000.000	394.000	0,90%	320.000	4.000	20.000		50.000
Orthopädie	260.000.000	14.150.000	5,40%	12.350.000	1.000.000			800.000
Phys.-Reha. Med.	11.500.000	278.000	2,40%	200.000	18.000	10.000		50.000
Psychotherap.	421.000.000	9.817.000	2,30%	750.000	7.000	8.910.000		150.000
Nuklearmedizin	73.500.000	950.000	1,30%	400.000	450.000			100.000
Radiologie	220.500.000	5.050.000	2,30%	2.300.000	2.350.000			400.000
Urologie	99.500.000	4.150.000	4,20%	3.100.000	750.000			300.000
Sonstige	1.088.000.000	350.000	0,00%	100.000	150.000			100.000
Summe	**5.667.500.000**	**131.446.000**	**2,30%**	**77.970.000**	**28.451.000**	**9.160.000**	**4.815.000**	**11.050.000**

Wir mildern so Folgeschäden ab, wo immer möglich

Wir haben Härtefallregelungen

- TSVG gesamt = TSVG-Zuschläge und Teil des TSVG-Honorars des Jahres 2025, der über das ursprüngliche und seitdem bis zum Jahr 2025 fortentwickelte MGV-Bereinigungsvolumen hinausgeht.
- ePA-Erstbefüllung ist nur einmal im Leben abrechenbar
- Werte gerundet; Spalte "%" = Anteil am Gesamthonorar; Geschätzter Rückgang = Summe aus Spalten TSVG, ePA, Kurzzeittherapie, Organspende, Hygienezuschläge auf Versicherten- und Grundpauschalen

Möglicher HVM neu ab 2027

Haus- und Kinderärzte

bis 4/2026

Leistungen außerhalb der MGV

- § 115b
- Ambulantes Operieren
- PFG-Zuschlag
- Sozialpädiatrie
- Dialyse Kostenpauschalen
- Psychotherapie
- Nephrologische Leistungen
- Prävention
- Substitution
- Regional vereinbarte Leistungen
- TSVG
- Strahlentherapie
- Kap. 14.2, GOP 14220 etc.

Leistungen innerhalb der MGV

Labor
(Kosten, Wirtschaftlichkeitsbonus, Allg. u. Spez. Untersuchungen bei Veranlassung über Muster 10)

Bereitschaftsdienst und Notfall

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Hausarzt-MGV
(Vorwegabzug, Kap.3 EBM u. Hausbesuche)

Kinderarzt-MGV
(Vorwegabzug, Kap.4 EBM)

Hausärztliches Vergütungsvolumen

Vorwegabzüge
- Rückstellungen
- Restliche belegärztliche Leistungen
- Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10 A oder eigenerbracht), Kosten

Hausärzte	Kinderärzte
SMT, Psycho-somatik	Psycho-somatik
Kosten	Kosten
Zuschläge	Zuschläge
Restliche Leistungen	Restliche Leistungen

Fachärztlicher Versorgungsbereich

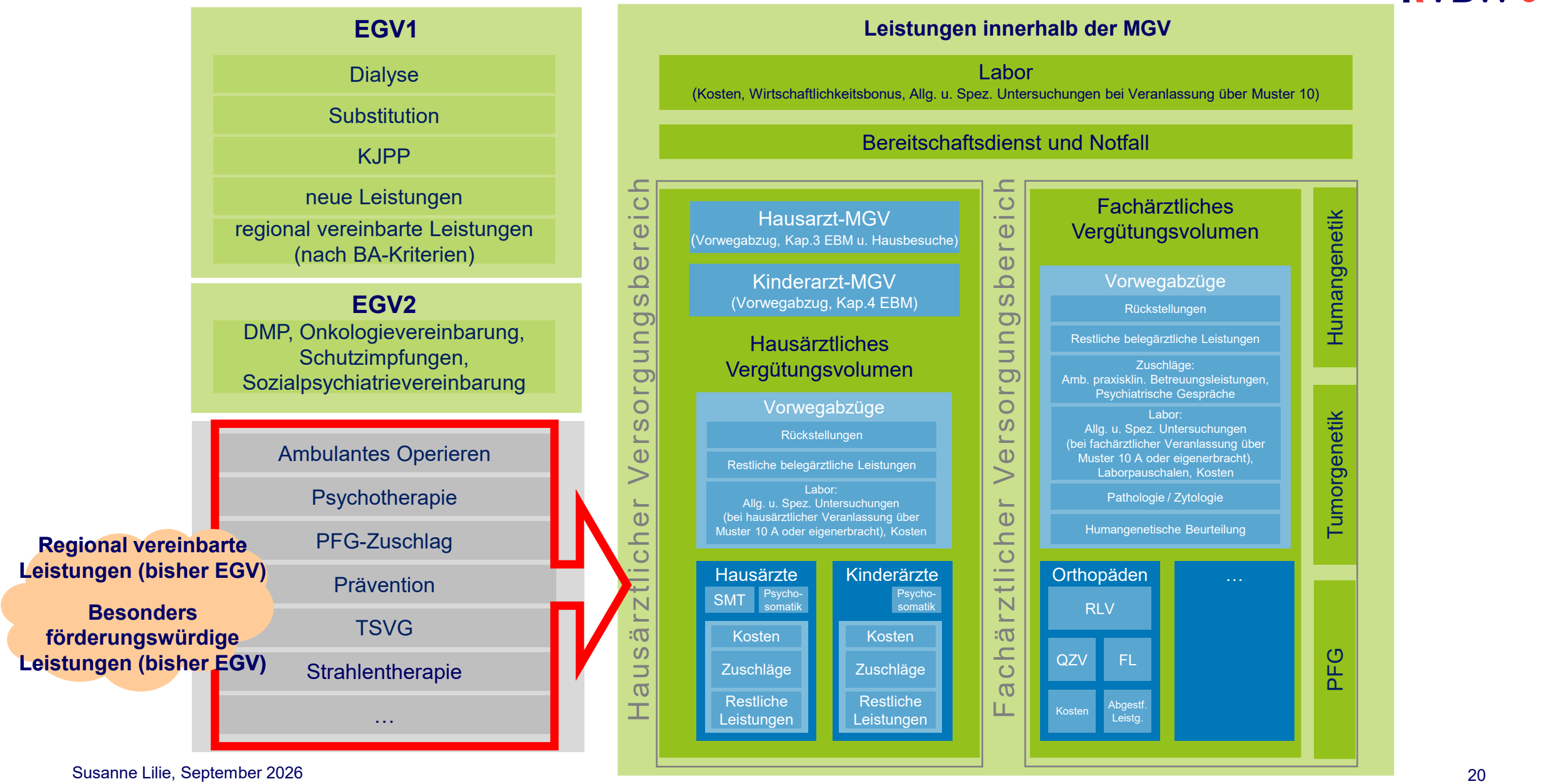
Fachärztliches Vergütungsvolumen

Vorwegabzüge
- Rückstellungen
- Restliche belegärztliche Leistungen
- Zuschläge: Amb. praxisklin. Betreuungsleistungen, Psychiatrische Gespräche
- Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10 A oder eigenerbracht), Laborpauschalen, Kosten
- Pathologie / Zytologie
- Humangenetische Beurteilung

Orthopäden	…
RLV	
QZV, FL	
Kosten, Abgestf. Leistg.	

- Humangenetik
- Tumorgenetik
- PFG

Gesamtvergütung ab 1/2027



Gesamtvergütung ab 1/2027

Wir stärken die Regelversorgung und verhindern hohe Vorwegabzüge

KJPP

neue Leistungen

regional vereinbarte Leistungen (nach BA-Kriterien)

EGV2

DMP, Onkologievereinbarung, Schutzimpfungen, Sozialpsychiatrievereinbarung

Ambulantes Operieren

Psychotherapie

PFG-Zuschlag

Prävention

TSVG

Strahlentherapie

…

Regional vereinbarte Leistungen (bisher EGV)

Besonders förderungswürdige Leistungen (bisher EGV)

Leistungen innerhalb der MGV

Labor
(Kosten, Wirtschaftlichkeitsbonus, Allg. u. Spez. Untersuchungen bei Veranlassung über Muster 10)

Bereitschaftsdienst und Notfall

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Hausarzt-MGV
(Vorwegabzug, Kap.3 EBM u. Hausbesuche)

Kinderarzt-MGV
(Vorwegabzug, Kap.4 EBM)

Hausärztliches Vergütungsvolumen

Vorwegabzüge
- Rückstellungen
- Restliche belegärztliche Leistungen
- Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10 A oder eigenerbracht), Kosten

Hausärzte
- SMT
- Psycho-somatik
- Kosten
- Zuschläge
- Restliche Leistungen

Kinderärzte
- Psycho-somatik
- Kosten
- Zuschläge
- Restliche Leistungen

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Fachärztliches Vergütungsvolumen

Vorwegabzüge
- Rückstellungen
- Restliche belegärztliche Leistungen
- Zuschläge: Amb. praxisklin. Betreuungsleistungen, Psychiatrische Gespräche
- Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10 A oder eigenerbracht), Laborpauschalen, Kosten
- Pathologie / Zytologie
- Humangenetische Beurteilung

Orthopäden
- RLV
- QZV
- FL
- Kosten
- Abgestf. Leistg.

…

Humangenetik

Tumorgenetik

PFG

Hausarzt-/Kinderarzt-MGV

Auswirkungen auf Quote „Übrige Leistungen“ – 4/2025 bis 1/2026

Wirkung der Neufestsetzung der Kinderarzt-MGV:

- Vergütungsvolumen für restliche MGV-Leistungen der Haus- und Kinderärzte wird kleiner
- → **aufgrund der Neufestsetzung der Haus- und Kinderarzt-MGV fehlen im Jahr rund 24 Mio. Euro**
- → sinkende Quote für übrige Leistungen der Haus- und Kinderärzte

Quartal	Übrige Leistungen Kinderärzte		Übrige Leistungen Hausärzte	
	Quote in %		Quote in %	
	bisher	**neu**	bisher	**neu**
1/2026	**95,4**	**71,8**	**95,1**	**33,5**
4/2025	**95,7**	**85,3**	**95,3**	**68,2**

Wir prüfen Alternativen und machen keine Schnellschüsse

Hausarzt-/Kinderarzt-MGV

Auswirkungen auf Quote „Übrige Leistungen“ – 4/2025 bis 1/2026

Wirkung der Neufestsetzung der Kinderarzt-MGV:

- Vergütungsvolumen für restliche MGV-Leistungen der Haus- und Kinderärzte wird kleiner
- → **aufgrund der Neufestsetzung der Haus- und Kinderarzt-MGV fehlen im Jahr rund 24 Mio. Euro**
- → sinkende Quote für übrige Leistungen der Haus- und Kinderärzte
- **Alternative: Wegfall Chronikerpauschale (GOP 99957/99958) – Einsparpotential 15 Mio. Euro**

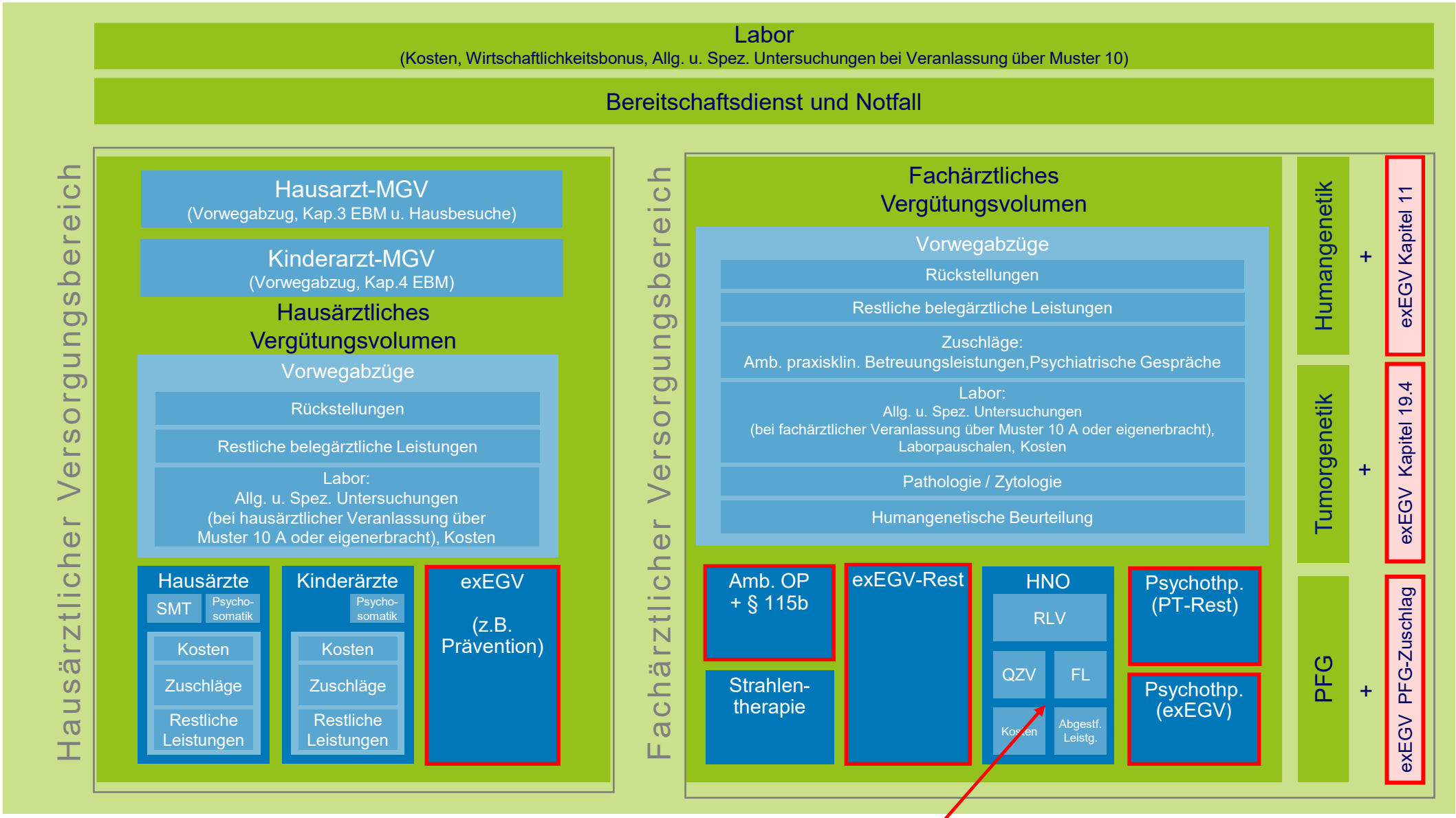
Quartal	Übrige Leistungen Kinderärzte		Übrige Leistungen Hausärzte	
	Quote in %		Quote in %	
	bisher	neu	bisher	neu
1/2026	**95,4**	**79,2**	**95,1**	**67,8**
4/2025	**95,7**	**92,8**	**95,3**	**100,0**

Wir prüfen Alternativen und machen keine Schnellschüsse

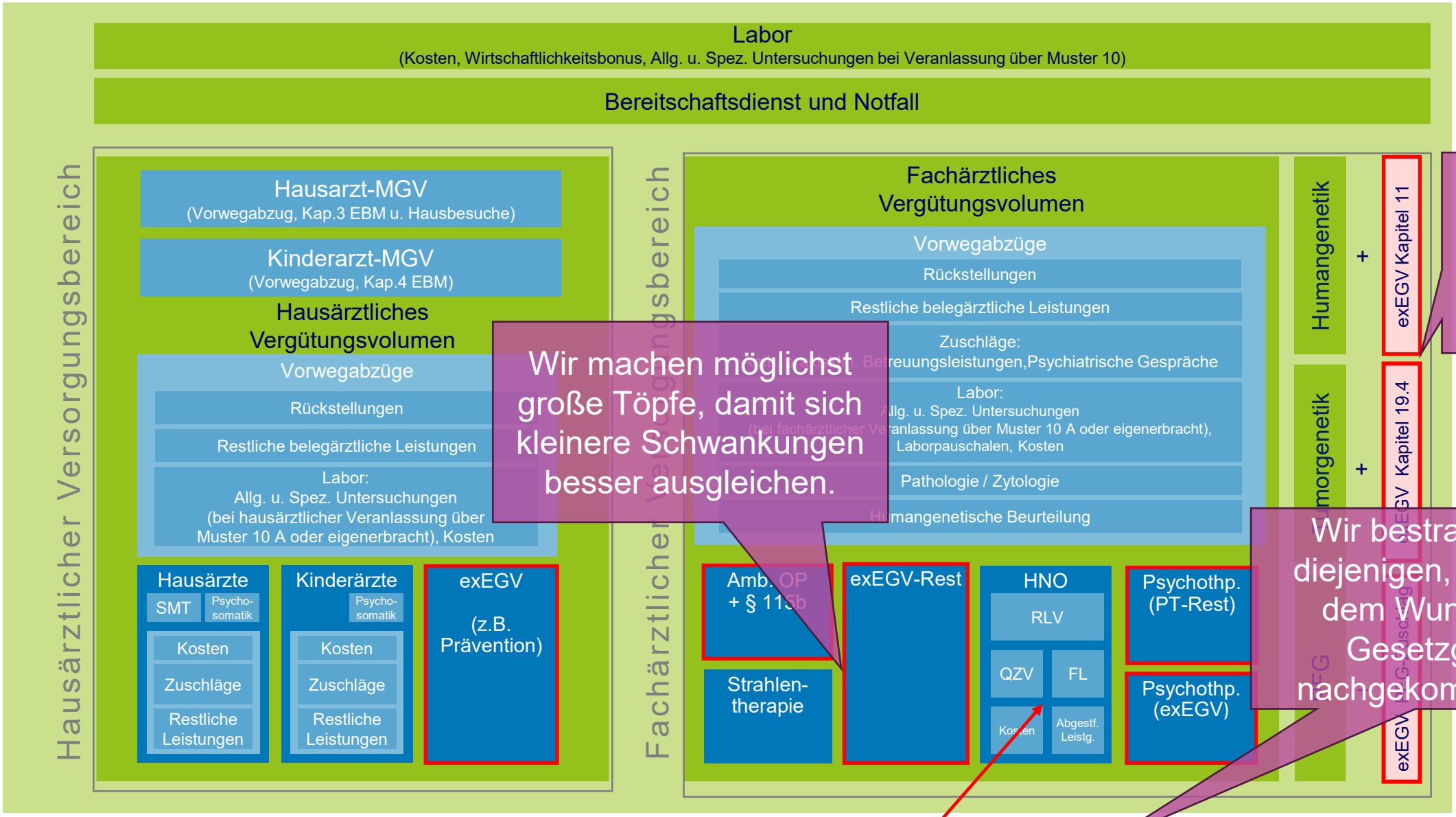
Möglicher HVM neu ab 2027

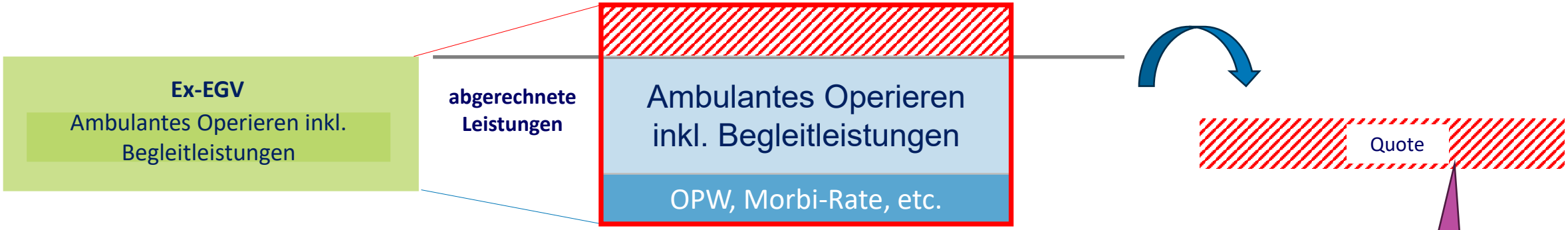
Fachärzte

MGV ab 1/2027 (Option für einen HVM)



MGV ab 1/2027 (Option für einen HVM)





Basis für Honorartopf 2027 = Leistungsbedarf 2025 fortentwickelt (OPW, Morbi, etc.)

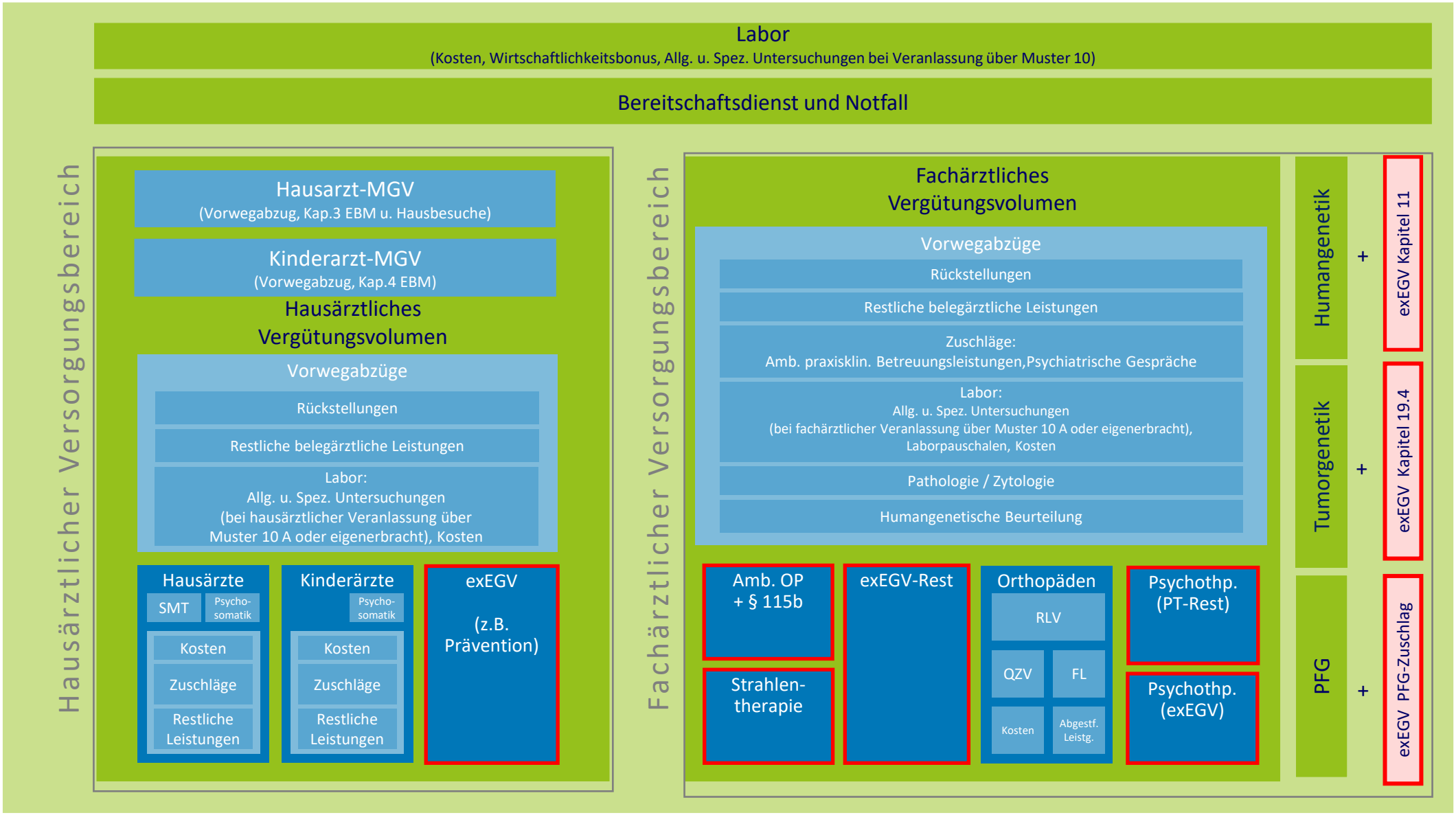
Analog auch für die anderen EX-EGV – Töpfe, wie Psychotherapie, PFG-Zuschläge, Prävention, Strahlentherapie usw.

Wir beobachten verlässlich Verläufe und justieren künftig zeitnah nach, wo erforderlich.

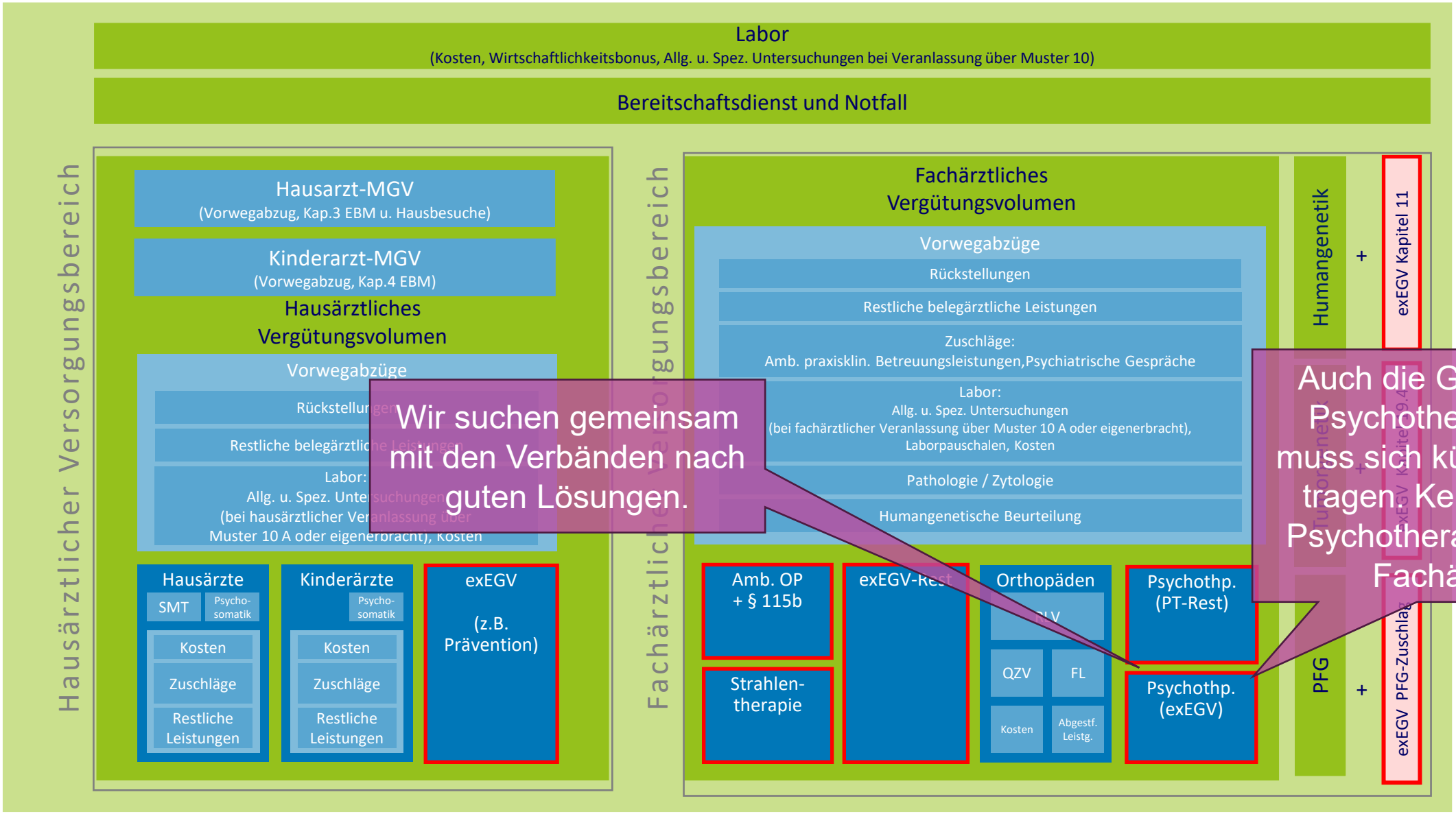
Möglicher HVM neu ab 2027

Psychotherapeuten

MGV ab 1/2027 (Option für einen HVM)



MGV ab 1/2027 (Option für einen HVM)



Honorarverteilung

Wir behalten die bewährten Grundsätze der KVBW zur Honorarverteilung bei

HVM im Jahr 2026: Grundsatz der „**Kalkulierbarkeit** und **Planungssicherheit** (§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V) durch **Leistungsbegrenzung** und **Reduktion der Umverteilung** zwischen und innerhalb der Fachgruppen“ gilt weiter!

- Die Ermittlung der RLV-/QZV-Volumen erfolgt nach der vertrauten Honorarsystematik auf Basis der abgerechneten und anerkannten **RLV-Fallzahlen im jeweiligen Vorjahresquartal**, also für 1/2026 die Fallzahlen des Quartals 1/2025.
- Begrenzung von Fallzahlwachstum (**Fallzahlzuwachsbegrenzung** im fachärztlichen Versorgungsbereich)
- Bildung von **festen Fachgruppentöpfen** auf der Basis des bereinigten zugewiesenen Honorarvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal (Schutz der einzelnen Fachgruppe vor einer Dynamik in anderen Fachgruppen)

- **Ziel: Die RLVs sollen weiterhin stabil gehalten werden!**

Sonstiges

Informationen

Rechtssicherheit bei Privatliquidation

Sonderbedarfe

NotfallG

regelmäßige Aktualisierung

Informationen für Mitglieder und Öffentlichkeit

z. B. Infoveranstaltung und Abstimmung Berufsverbände 7.10.2026 19:00

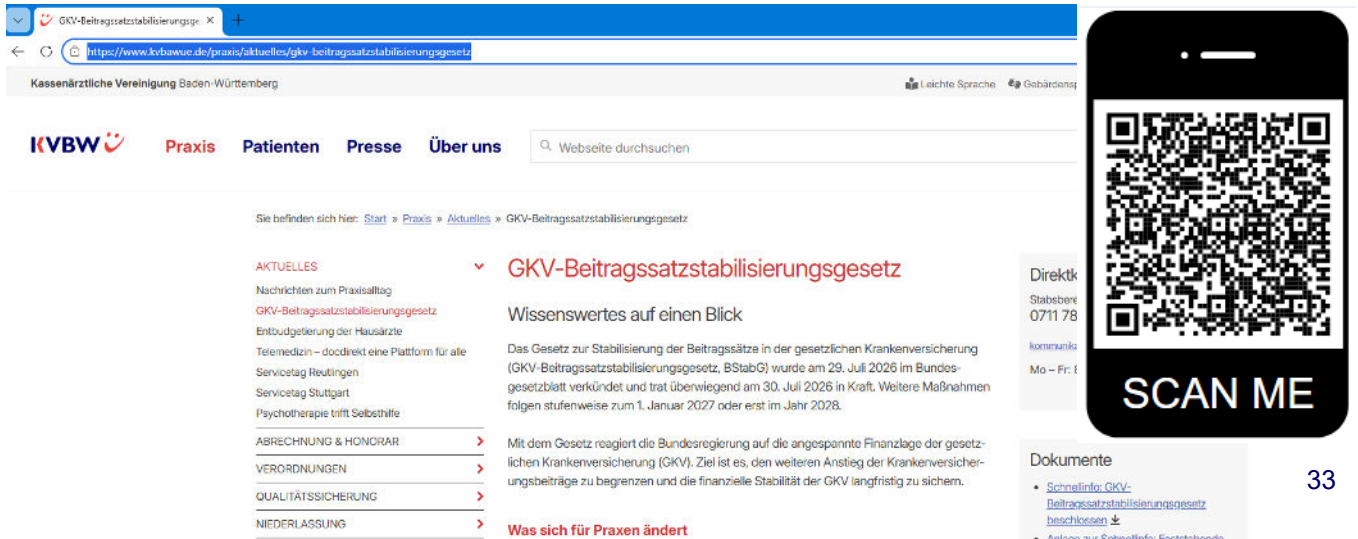
z. B. frühe und regelmäßige Schnellinfos zum BStabG, zuletzt am 28.9.26

z. B. Schnellinfos zu Protestmaßnahmen vom 28.5.2026

z. B. Homepage, PM und social media

https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz







KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Selbstzahlerleistungen

rechtssicher anbieten

Wir schützen unsere Mitglieder vor Fehlern

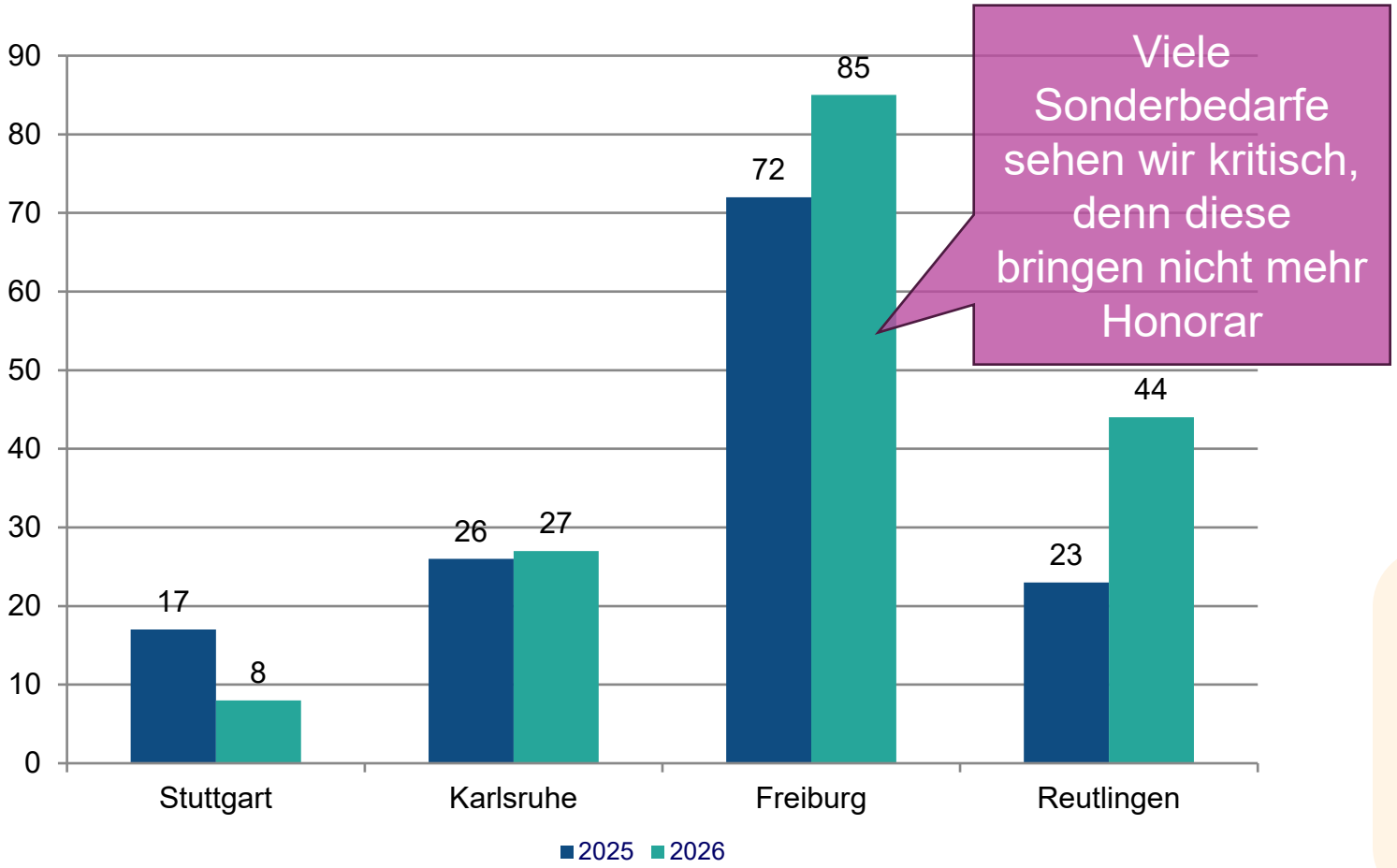
Broschüre

Privatliquidation bei Gesetzlicher Krankenversicherung

https://www.kvbawue.de/presse/publikationen/broschueren

SCAN ME

Sonderbedarfsanträge nach Bezirksdirektionen 2025/2026



Anteile 2026: Freiburg 51,8 % | Reutlingen 26,8 % | Karlsruhe 16,5 % | Stuttgart 4,9 %
Stand: 09.09.2026

Entwicklung 2026 ggü. 2025

Freiburg: +18,1 %
Reutlingen: +91,3 %
Karlsruhe: +3,8 %
Stuttgart: -52,9 %

Management-Fazit

- Freiburg 51,8 % aller Anträge 2026
- Stärkster Anstieg in Reutlingen
- Karlsruhe konstant
- Stuttgart rückläufig

NotfallG: Zusätzliche Aufgaben für die Kassenärztlichen Vereinigungen

Was sind die neuen Pflichten?

Die Reform verlagert wesentliche Aufgaben auf die Kassenärztlichen Vereinigungen:

1. Der **Sicherstellungsauftrag wird erweitert** und umfasst künftig auch
   - **Akutversorgung:** Sicherstellung der **vertragsärztlichen Erstversorgung jederzeit**, wenn **sofortige Behandlung** aus **medizinischen Gründen erforderlich**
   - **Notdienstliche Akutversorgung:** Versorgung **nur** im Umfang der jeweils **unaufschiebbar erforderlicher Maßnahmen**, inkl. AU + Verordnung Arzneimittel.
   - **Sicherstellung der notdienstlichen KV-Akutversorgung:** durch **Beteiligung** an **INZ** und durch **telefonisches und videounterstütztes ärztliches Versorgungsangebot jederzeit.**
     Zusätzlich: **aufsuchenden Dienst** (Fahrdienst) **jederzeit.**

Das machen wir nicht! Gutachten zur Verfassungswidrigkeit liegt vor.

Zusätzliche Aufgaben für die Kassenärztlichen Vereinigungen

Was sind die neuen Pflichten?

Wir halten die Zahl der INZ so gering wie möglich. Wir stärken die Regelversorgung!

2. INZ, Ersteinschätzung und Patientensteuerung

- **Digitale Ersteinschätzung** durch standardisiertes Verfahren, welches vom **G-BA** festzulegen ist.
- **Verpflichtung** von **KV + Krankenhaus** zur **Kooperation**, wenn Krankenhaus als INZ-Standort bestimmt wurde.
- Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im INZ eine **ambulante Weiterbehandlung** erforderlich ist, soll INZ **Terminbuchung über Terminservicestelle** vermitteln.
- **Erweiterter Landesausschuss bestimmt Standorte für Einrichtung von INZ.**
- **Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxen** durch Gesetz geregelt.


KVBW

PRAXEN WIRTSCHAFTLICH FÜHREN – WAS IST RECHTLICH MÖGLICH, WO SIND DIE GRENZEN?

Dr. Oliver Stenz, Referatsleitung 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 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 18 Abs. 8 BMV-Ä.
- **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. reisemedizinische Beratung ohne Indikation).
- **„Verlangensleistungen“:** Medizinisch **nicht** indizierte Maßnahmen auf **expliziten** Wunsch des Patienten (§ 1 Abs. 2 GOÄ).
- **Fehlender Versicherungsnachweis:** Keine eGK innerhalb von 10 Tagen vorgelegt, § 15 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 19 BMV-Ä (Abrechnung nach GOÄ, Rückerstattungspflicht bei Nachreichung bis zum Quartalsende).
- **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



MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

TYPISCHE HAFTUNGSFALLEN IN DER PRAXIS

- **Mangelnde Dokumentation:** Fehlt die schriftliche Vereinbarung *vor* der Behandlung, entfällt der Honoraranspruch komplett (LG Mannheim, Urt. v. 18.01.2008, Az.: 1 S 99/07).

- **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, Verbandsstoffe) 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**.

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

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?

TAUGLICHES INSTRUMENT ZUR ERGÄNZUNG DER BUDGETÄREN VERGÜTUNG

- Die Konsequenzen aus dem vorliegenden Entwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz sind gravierend. Ein Teil der extrabudgetären Vergütungen wird wegfallen.

- Die Abrechnung von IGeL und/oder Selbstzahlerleistungen wird diesen Wegfall nur teilweise kompensieren können.

- Konsequente Umsetzung und klare Strukturen ermöglichen eine konfliktfreie Umsetzung und bieten Vorkehrungen für etwaige rechtliche Auseinandersetzungen mit KVen und/oder den Krankenkassen.

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

UMSATZSTEUERRECHTLICHE BEHANDLUNG

- Bei Selbstzahlerleistungen von Ärzten entscheidet ausschließlich das medizinisch-therapeutische Ziel über eine etwaige Umsatzsteuerpflicht.

- Nach **§ 4 Nr. 14a UStG** sind ärztliche Leistungen umsatzsteuerfrei, wenn sie der **Vorbeugung, Diagnose, Behandlung oder Heilung** von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dienen.

- Wer die Leistung bezahlt (Krankenkasse oder Patient selbst), ist für das Finanzamt unerheblich. Entscheidend ist die **medizinische Indikation.**

- **Die Kleinunternehmerregelung (§ 19 UStG):** Liegen die steuerpflichtigen Umsätze einer Arztpraxis (z. B. aus kosmetischen IGeL und Gutachten) im vorangegangenen Kalenderjahr unter **25.000 €** und im laufenden Jahr voraussichtlich unter **100.000 €**, muss *keine* Umsatzsteuer abgeführt werden.

- **Gemischte Praxis-Tätigkeit:** Überschreitet die Praxis diese Grenzen, mutiert sie zu einem steuerlichen Mischbetrieb. Das bedeutet: Für steuerpflichtige Leistungen muss Umsatzsteuer ausgewiesen und abgeführt werden. Im Gegenzug ist für diesen Anteil der **Vorsteuerabzug** (z. B. für angeschaffte Geräte, die für diese Behandlungen genutzt werden) möglich.

- **Dokumentationspflicht:** Bei Betriebsprüfungen fordert das Finanzamt Nachweise für die medizinische Indikation einer Selbstzahlerleistung. Ärzte sollten daher das therapeutische Ziel oder die präventive Notwendigkeit stets präzise in der Patientenakte dokumentieren.

KASSENLEISTUNG ODER SELBSTZAHLER?

UMSATZSTEUERRECHTLICHE BEHANDLUNG

Umsatzsteuerfreie Selbstzahlerleistungen

- Medizinisch indizierte Vorsorge (z. B. zusätzliche Krebsfrüherkennung, Glaukom-Untersuchung)
- Medizinisch indizierte Vorsorge (z. B. zusätzliche Krebsfrüherkennung, Glaukom-Untersuchung)
- Tauglichkeitsprüfungen, die primär dem präventiven Gesundheitsschutz dienen (z. B. Tauchtauglichkeit)

Umsatzsteuerpflichtige Selbstzahlerleistungen (19 %)

- Reine Ästhetik & Wellness (z. B. kosmetische Botox-Unterspritzungen, Fettabsaugung ohne Krankheitswert)
- Anti-Aging-Kuren oder reine Fitness- und Wohlbefindens-Behandlungen
- Eignungstests für Dritte (z. B. Führerschein-Sehtest, Sportbootführerschein, Berufstauglichkeitsgutachten)

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



MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE: WARUM SIE JETZT BESONDERS WICHTIG SIND

Jasmin Ritter, Abteilungsleiterin Vertragswesen, MEDIVERBUND AG

AUSWIRKUNGEN DES BSTABG AUF DIE SELEKTIVVERTRÄGE

UPDATE– 01.10.2026

Hausarztzentrierte Versorgung § 73b SGB V

In den Verträgen nach Absatz 4 ist für den Fall, dass ein Hausarzt in einem Kalenderquartal ***von mehr Teilnehmern in Anspruch genommen wird*** *als im entsprechenden Kalenderquartal des Vorjahres, ein* ***Abschlag auf die Vergütung*** *dieses Hausarztes zu vereinbaren. …*

= Vorgabe zur Fixkostendegression. → Änderungen (bzw. Streichung) sind hier wahrscheinlich!

Hausarztzentrierte Versorgung § 73b SGB V

§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.

= Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Vergütungsänderung sind damit max. im Rahmen der Veränderungsrate (Grundlohnsummensteigerung) möglich. Für 2027 bis 2029 ist diese im Ergebnis um 1 Prozentpunkt zu mindern.

→ Für das Jahr 2027 gilt: 3,42 % (Der Abzug um 1 Prozentpunkt wurde in diesem Wert bereits berücksichtigt)

SELEKTIVVERTRÄGE NACH §§ 73B UND 140A SGB V

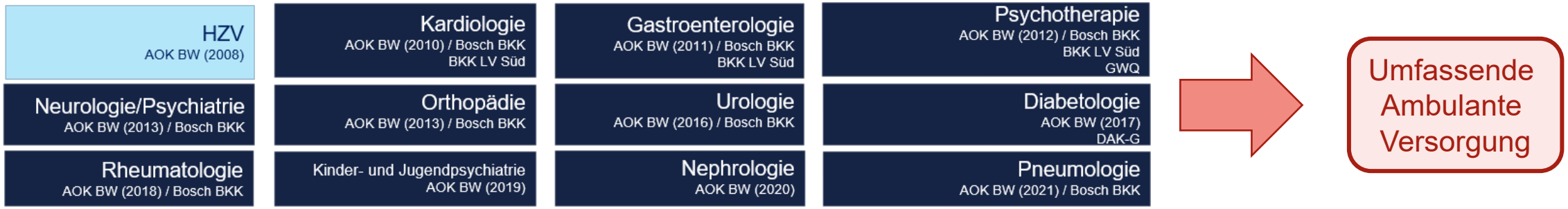
ZIELE UND GESETZGEBERISCHE INTENTION

GKV-GMG (2004) und GKV-WSG (2007) ermöglichen und fördern individuelle Versorgungsverträge, die mit den Vertragspartnern weitgehend frei inhaltlich ausgestaltet werden können, um

- Innovationen in Versorgung und Versorgungsgestaltung zu erleichtern.
- Qualitätsorientierten Wettbewerb zwischen Krankenkassen zu fördern.

Ziele: Effiziente Versorgung, Gesundheit positiv beeinflussen, Kosten einsparen

Darauf folgt der kontinuierliche Aufbau der Selektivvertragslandschaft Baden-Württemberg:



Ausblick Primärversorgungssystem: „Zu einer möglichst **zielgerichteten Versorgung** der Patientinnen und Patienten und für eine **schnellere Terminvergabe** setzen wir auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag.“ (KoaV 2025, S. 106, Z. 3379-3381)

SELEKTIVVERTRÄGE: MEHRWERT FÜR ALLE BETEILIGTEN

GRUNDLEGENDE VORAUSSETZUNG FÜR DEN ERFOLG

Krankenkassen, z. B.

- Versorgungssteuerung
- Wettbewerbsvorteil
- Struktureffekte *(Reduzierung AU, Krankenhausaufenthalte, Reduzierung Arzneimittelausgaben usw.)*



Versicherte, z. B.

- Bedarfsgerechte und optimal koordinierte Versorgung
- Schnelle Terminvergabe
- Weitere Vorteile, wie z. B. Zuzahlungsbefreiungen bei rabattierten Medikamenten



Arztpraxen, z. B.

- Mehr Zeit für Versorgung
- bessere Vergütung
- weniger Bürokratie
- Keine Fallzahl- / Mengenbegrenzung
- Vertragsspezifische Zusatzleistungen
- Wirtschaftliche Sicherung

EVALUATION DER VERTRÄGE

ERGEBNISSE 2025

Kontinuierliche Evaluation des Haus- und Facharztvertragssystems der AOK Baden-Württemberg bestätigt:

- Intensivere Betreuung durch die Hausarztpraxis
- Weniger unkoordinierte Kontakte zu Facharztpraxen
- Geringere HZV-Gesamtausgaben
- Arzneimitteltherapie sicherer und effizienter
- Krankenhausbehandlungen: Einweisungsrate, Krankenhaustage, Krankenhaus-Wiederaufnahmen, Potenziell vermeidbare Krankenhausaufnahmen, Stationäre Ausgaben
- Geringere Inanspruchnahme des organisierten Notfalldienstes
- Weniger Komplikationen und Krankenhauseinweisungen bei chronisch Kranken

Quelle: Gerlach, Altiner et. al. (2025): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) AOK Baden-Württemberg

SELEKTIVVERTRÄGE NACHHALTIG STÄRKEN

WAS TUN?

- Mit der Praxis am Vertrag **teilnehmen**: https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/
  - Beratung, Schulungen und Informationsmaterialen zur Teilnahme nutzen

- Versicherte in Haus- und Facharztprogramm **einschreiben**:
  - Vorteile einer Teilnahme kommunizieren
  - Auf Infomaterial zurückgreifen: Versichertenmerkblätter zum Vertrag, Flyer, Patientenvorteile auf einen Blick

Mit jedem neuen Teilnehmer gewinnen die Verträge an Bedeutung und Steuerungswirkung!

- Verträge gut in Praxisorganisation und –abläufe **integrieren**:
  - Vergabe zeitnaher Termine für eingeschriebene Versicherte
  - Versorgungspfade in den Verträgen beachten
  - Verträge korrekt abrechnen

Gelungene Umsetzung stärkt die Verträge nachhaltig!

- Berufspolitisches Engagement!

HERZLICHEN DANK!

GKV-SPARGESETZ – WAS JETZT?

Alle Infos zu unserer GKV-Kampagne finden Sie hier:

Jetzt MEDI-Mitglied werden!

Bei Fragen oder Anregungen können Sie sich gerne an die Unternehmenskommunikation wenden: unternehmenskommunikation@medi-verbund.de

MEDI VERBUND BADEN-WÜRTTEMBERG

www.medi-verbund.de

MEDI VERBUND
BADEN-WÜRTTEMBERG