

Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen im Verband

Praxisfreiheit und Privatmedizin

Neuorganisation der GKV-Praxis und
Ausbau privatärztlicher Tätigkeit Politische Einordnung.
Rechtliche Grundlagen.
Wirtschaftliche Entscheidungen.
Patientenkommunikation.



Herausgeber

© PVS Verband

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V.

Marienstr. 30 · 10117 Berlin

Berlin, Oktober 2026

Hinweis: Aufgrund der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die geschlechtsspezifische Differenzierung und verwenden für unsere Texte das generische Maskulinum. Sämtliche Rollenbezeichnungen gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	6
Einleitung	7
1 Politische Ausgangslage	7
1.1 Die Finanzierungsfrage wird auf die Praxen verlagert.....	7
1.2 Leistungsversprechen, Berufsfreiheit und unternehmerisches Risiko.....	7
1.3 Privatärztliche Angebote als konstruktive Antwort.....	8
1.4 Die strategische Empfehlung.....	8
1.5 Kommunikation mit Patienten und Team.....	8
1.6 Checkliste: Die eigene Position klären	9
2 Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz im Praxisalltag	9
2.1 Begrenzung der Vergütungsentwicklung.....	9
2.2 Rückführung bisher extrabudgetärer Leistungen	9
2.3 Terminvermittlung und offene Sprechstunde.....	9
2.4 Zusätzlicher Aufwand ohne gesonderte Vergütung.....	10
2.5 Fachgruppenspezifische und zeitlich spätere Eingriffe	10
2.6 Kommunikation und Unterstützung durch die PVS	11
2.7 Checkliste: Gesetzesfolgen in die Praxis übersetzen.....	11
3 Die Handlungsoptionen im Überblick	11
3.1 Checkliste: Optionen auswählen	12
4 Besondere Handlungsspielräume für Hausarztpraxen	13
5 Die Praxis wirtschaftlich vermessen	13
5.1 Vier Rechnungen statt einer einzigen Umsatzbetrachtung.....	13
5.2 Welche Daten wirklich benötigt werden	14
5.3 Deckungsbeitrag richtig verwenden.....	14
5.4 Eine Privatisierung nicht mit verschwundenen Fixkosten schönrechnen.....	14
5.5 Privatpraxis: Gewinnschwelle und Liquiditätsreserve	14
5.6 Nachfrage nicht aus dem vorhandenen GKV-Stamm ableiten.....	15
5.7 Kommunikation mit Patienten und Team.....	15
5.8 Checkliste: Wirtschaftliche Entscheidungsvorlage	15
6 Der rechtliche Rahmen: Pflichten erfüllen und Spielräume nutzen	15
6.1 Kollektiver Sicherstellungsauftrag und persönliche Leistungspflicht	16
6.2 Die Mindestsprechstunden sind eine Untergrenze.....	16
6.3 Das wesentliche Leistungsspektrum erhalten.....	17
6.4 Wann darf eine Behandlung abgelehnt werden?	17
6.5 Drei unterschiedliche Rechtswege für Privatleistungen.....	17
6.6 Kommunikation und PVS-Unterstützung.....	17
6.7 Checkliste: Rechtliches Fundament	18
7 GKV-Sprechstunden neu organisieren, ohne Versorgung zu verdrängen	18

7.1	Erst den tatsächlichen Ablauf erheben.....	18
7.2	Einen belastbaren Wochenplan erstellen	18
7.3	Offene Sprechstunde medizinisch steuern.....	18
7.4	Überlastung dokumentieren, nicht behaupten	19
7.5	Veränderungen ankündigen und nachprüfen	19
7.6	Kommunikation mit Patienten und Team.....	19
7.7	Checkliste: Neue Sprechstundenorganisation	19
8	Privatsprechstunden aufbauen: Einstieg in die Teilprivatisierung	20
8.1	Zuerst das Angebot, dann das Zeitfenster	20
8.2	Drei Patientengruppen organisatorisch unterscheiden	20
8.3	Der Ablauf vom Erstkontakt bis zur Rechnung	20
8.4	Website und Buchungsportal als Teil des Versorgungskonzepts	21
8.5	Den Pilotbetrieb auswerten	21
8.6	Kommunikation mit Patienten und Team.....	21
8.7	Checkliste: Privatsprechstunde starten	22
9	IGeL als Ausdruck verantworteter Wahlfreiheit	22
9.1	Den Nutzen individuell bestimmen	22
9.2	Was eine echte IGeL ist – und was nicht.....	22
9.3	Ein verantwortbares Leistungsportfolio entwickeln	23
9.4	Evidenz verständlich erklären	23
9.5	Beratung, Vertrag und Behandlung in der richtigen Reihenfolge	23
9.6	GKV und IGeL in derselben Sitzung	24
9.7	Ein positives IGeL-Gespräch	24
9.8	Die PVS als Partner des IGeL-Angebots	24
9.9	Checkliste: IGeL medizinisch und wirtschaftlich verantwortlich anbieten.....	24
10	Selbstzahler, Kostenerstattung und private Verordnungen	25
10.1	Die einzelne freiwillige Privatbehandlung.....	25
10.2	Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V	25
10.3	Seltenere Erstattungsfälle nicht als Standardmodell verkaufen	25
10.4	Verordnungen und Fremdleistungen mitdenken.....	26
10.5	Kommunikation mit Patienten und Team.....	26
10.6	Checkliste: Den Zahlungsweg vor der Behandlung klären	26
11	Leistungsangebot, Investitionen und Kooperationen neu ausrichten	26
11.1	Jede Leistung als Versorgungskette betrachten	26
11.2	Nicht jede Ersatzinvestition ist vorgeschrieben	27
11.3	Kooperationen statt unnötiger Parallelstrukturen	27
11.4	Vor einer Entscheidung die Ausstiegskosten kennen	27
11.5	Kommunikation mit Patienten und Team.....	28
11.6	Checkliste: Leistung oder Investition verändern	28
12	Versorgungsauftrag reduzieren und Mischpraxis gestalten	28
12.1	Was sich rechtlich ändert.....	28
12.2	Erst rechnen, dann erklären.....	28
12.3	Den wegfallenden Anteil nicht vorschnell wirtschaftlich aufgeben.....	29
12.4	Den Übergang in der Versorgung planen.....	29
12.5	Die ersten beiden Quartale nachsteuern	29
12.6	Kommunikation mit Patienten und Team.....	29
12.7	Checkliste: Formale Teilreduzierung	30

13	Vollständige Privatisierung: Praxis konsequent neu gestalten.....	30
13.1	Ein tragfähiges Zielbild formulieren.....	30
13.2	Praxiswert und Zulassung getrennt behandeln.....	30
13.3	Den richtigen Zeitpunkt berechnen.....	31
13.4	Individuelle Entscheidung statt kollektiver Zulassungsrückgabe.....	31
13.5	Die Praxisumstellung als eigenes Projekt organisieren.....	31
13.6	Was nach dem Ausscheiden bestehen bleibt.....	32
13.7	Kommunikation mit Patienten und Team.....	32
13.8	Checkliste: Vollständige Privatisierung vorbereiten.....	32
14	Die Privatpraxis gründen: Von der Idee zum geordneten Betrieb.....	32
14.1	Standortwahl: Erreichbarkeit und Nachfrage gemeinsam prüfen.....	32
14.2	Leistungsumfang: Ein erkennbares Profil entwickeln.....	33
14.3	Investitionen und Finanzierung: Den Anlauf finanzieren.....	33
14.4	Praxisräume: Nutzung vor Bindung klären.....	33
14.5	Ausstattung: Vom Behandlungsablauf zur Beschaffung.....	34
14.6	Formalitäten: Die zuständigen Stellen systematisch abarbeiten.....	34
14.7	Personal: Verantwortung und Service verbinden.....	34
14.8	Absicherung: Medizinische und wirtschaftliche Risiken unterscheiden.....	35
14.9	Praxisablauf und Controlling: Von Beginn an steuern.....	35
14.10	Verträge und Mitgliedschaften: Ein geordnetes Vertragsregister führen.....	35
14.11	Literatur: Aktuellen Wissensbestand aufbauen.....	35
14.12	Ansprechpartner: Funktionen statt veralteter Telefonlisten.....	36
14.13	Kommunikation mit Patienten und Team.....	36
14.14	Checkliste: Freigabe der Privatpraxis.....	36
15	PVS, Datenschutz und digitale Praxisorganisation.....	36
15.1	Den Leistungsumfang konkret vereinbaren.....	37
15.2	Schweigepflicht und Datenschutz getrennt prüfen.....	37
15.3	Nur notwendige Daten übermitteln.....	37
15.4	Digitale Formulare ersetzen keine inhaltliche Prüfung.....	37
15.5	Ausfall, Datenverlust und Praxisübergabe vorbereiten.....	38
15.6	Kommunikation mit Patienten und Team.....	38
15.7	Checkliste: PVS- und Datenprozesse freigeben.....	38
16	Patientensouveränität im Gespräch und in der Praxisführung.....	38
16.1	Politische Kritik nicht am Patienten austragen.....	38
16.2	Den Patienten entscheiden lassen, nicht allein lassen.....	39
16.3	Gesprächssituationen verbindlich vorbereiten.....	39
16.4	Mit Ablehnung und Beschwerden professionell umgehen.....	39
16.5	Sachliche Sichtbarkeit statt überzogener Werbung.....	39
16.6	Die PVS in der Patientenkommunikation.....	40
16.7	Checkliste: Souveräne Entscheidungen ermöglichen.....	40
17	Die Umsetzung steuern: Ein 90-Tage-Plan für die Praxis.....	40
17.1	Tag 1 bis 15: Die Ausgangslage feststellen.....	40
17.2	Tag 16 bis 30: Optionen vergleichen und entscheiden.....	40
17.3	Tag 31 bis 60: Den gewählten Weg vorbereiten.....	41
17.4	Tag 61 bis 90: Kontrolliert starten und nachsteuern.....	41
17.5	Eine regelmäßige Prüfroutine einrichten.....	41
17.6	Kommunikation mit Patienten und Team.....	41
17.7	Checkliste: Projektsteuerung.....	41

Abstract

Welche Praxis passt zur eigenen Zukunft? Steigende Betriebskosten, veränderte GKV-Vergütungsbedingungen und der Wunsch nach mehr Gestaltungsfreiheit machen eine Überprüfung des Praxismodells sinnvoll. Ein höherer privatärztlicher Anteil ist eine Möglichkeit. Entscheidend sind jedoch Versorgungsauftrag, medizinisches Profil, verfügbare Kapazitäten und ein tragfähiges wirtschaftliches Konzept.

Sechs Handlungsoptionen

- GKV-Praxis effizienter führen. Sprechstunden, Akutreserven, Personal, Dokumentation und Investitionen neu abstimmen. Der bestehende Versorgungsauftrag bleibt unverändert; Versorgungspflichten werden weiter erfüllt.
- Zusätzliche Privatsprechstunden aufbauen. Ein klar beschriebenes Angebot für Privatversicherte sowie freiwillig selbstzahlende GKV-Versicherte schaffen. Dafür sind gesonderte Kapazitäten, transparente Kosten und rechtssichere Vereinbarungen nötig.
- Medizinisch sinnvolle IGeL anbieten. Freiwillige Leistungen außerhalb des konkreten GKV-Anspruchs ergänzen, etwa bestimmte Bescheinigungen oder individuell gewünschte Untersuchungen. Nutzen, Grenzen und Kosten vorab erläutern.
- Leistungsangebot und Kooperationen anpassen. Unrentable Abläufe überprüfen, Investitionen gezielt planen, Geräte oder Leistungen gegebenenfalls gemeinsam nutzen. Wesentliche GKV-Leistungen dürfen nicht zur ausschließlichen Privatabrechnung verlagert werden.
- GKV-Versorgungsauftrag formell reduzieren. Den Auftrag auf drei Viertel oder die Hälfte beschränken und daneben einen eigenständigen Privatbereich entwickeln. Die geringere GKV-Vergütung muss wirtschaftlich aufgefangen werden; eine spätere Aufstockung ist nicht garantiert.
- Reine Privatpraxis. Nach individuellem Zulassungsverzicht eine reine Privatpraxis mit eigenem Leistungsprofil führen. Vorher müssen Nachfrage, Finanzierung, Übergangsversorgung, Fristen und eine mögliche Praxisnachfolge geklärt sein.

Grenzen, die bei jeder Option gelten

Bei fortbestehender GKV-Zulassung sind die Mindestsprechstunden, die wesentlichen Leistungen des Fachgebiets und medizinisch gebotene Versorgung sicherzustellen. Bei vollem Auftrag gelten grundsätzlich 25 Wochenstunden; in bestimmten Fachgruppen sind davon fünf Stunden als offene Sprechstunden vorgesehen. Für reduzierte Aufträge gelten anteilige Zeiten. Maßgeblich ist die tatsächliche, nicht nur die geplante Verfügbarkeit.

Privatleistungen müssen klar abgegrenzt sein. Eine GKV-Leistung wird durch ein ausgeschöpftes Honorarbudget nicht zur IGeL. Bei privat gewählten GKV-Leistungen sind ein ausdrücklicher Wunsch der versicherten Person und dessen schriftliche Bestätigung vor der Behandlung erforderlich. Private Leistungen bleiben freiwillig; Erstattungen durch Krankenkassen oder Versicherer dürfen nicht versprochen werden.

So treffen Sie die Entscheidung

- Bestandsaufnahme: Vier Quartale Erlöse, tatsächliche Zahlungseingänge, Kosten, Zeitbedarf und Auslastung auswerten.
- Optionen vergleichen: GKV-Honorar, privaten Deckungsbeitrag, Investitionen, Liquidität, Nachfrage und persönliche Ziele in Szenarien prüfen.
- Recht und Übergang klären: KV bzw. Zulassungsausschuss, Rechts- und Steuerberatung einbeziehen; laufende Behandlungen und Personal berücksichtigen.
- Im kleinen Rahmen erproben: Neue Privatangebote zunächst testen und Versorgungsqualität, Auslastung, Rechnungen und Patientenrückmeldungen kontrollieren.
- Unterstützung durch die PVS: Analyse privatärztlicher Erlöse, GOÄ-konforme Abrechnungsprozesse, Kosteninformationen und Forderungsmanagement. Die medizinische, zulassungsrechtliche und unternehmerische Entscheidung bleibt bei der Praxis.

Einleitung

Die ambulante Versorgung wird nicht dadurch leistungsfähiger, dass die Politik den Praxen mehr Verantwortung zuweist und zugleich ihre Finanzierung begrenzt. Wer Personal beschäftigt, Räume vorhält, Geräte finanziert und Behandlungsrisiken trägt, braucht einen verlässlichen Zusammenhang zwischen Leistung, Aufwand und Vergütung.

Aus Sicht der Privatärztlichen Verrechnungsstellen ist deshalb eine Neuorientierung legitim: Ärztinnen und Ärzte sollen ihren Versorgungsauftrag erfüllen, müssen aber nicht jedes unternehmerische Risiko durch immer mehr eigene Arbeit ausgleichen. Privatärztliche Tätigkeit ist dabei ein eigenständiger Bestandteil freiberuflicher Medizin.

Eine inhabergeführte Praxis kann privatwirtschaftlich organisiert sein und zugleich einen GKV-Versorgungsauftrag erfüllen. Die entscheidende Frage lautet, welcher Teil ihrer Leistungen unter welchen rechtlichen und wirtschaftlichen Bedingungen erbracht wird. Ein höherer privatärztlicher Anteil kann die Unabhängigkeit stärken, Investitionen ermöglichen und ein anspruchsvolles Versorgungskonzept tragen. Er ist jedoch kein Ersatz für gute Medizin, transparente Verträge und sorgfältige Unternehmensführung.

1 Politische Ausgangslage

1.1 Die Finanzierungsfrage wird auf die Praxen verlagert

Nach den vorläufigen Daten des Bundesgesundheitsministeriums stiegen die Ausgaben der Krankenkassen im ersten Halbjahr 2026 um rund 7,1 Prozent, die Beitragseinnahmen ohne Zusatzbeiträge dagegen um rund 4,1 Prozent. Der gleichzeitig ausgewiesene Überschuss der Krankenkassen von 2,6 Milliarden Euro bedeutet keine strukturelle Entwarnung: Beitragssatzerhöhungen dienten insbesondere dem Wiederaufbau von Reserven. Diese lagen zur Jahresmitte bei rund 7,5 Milliarden Euro beziehungsweise gut 0,2 Monatsausgaben.¹

Solange die Finanzierungsbasis nicht mit dem Leistungsversprechen Schritt hält, wird der Konflikt zwischen Leistungsanspruch und verfügbarer Vergütung nicht verschwinden. Denkbare Antworten sind höhere Beiträge, zusätzliche Steuermittel, Effizienzverbesserungen, eine ausdrückliche Begrenzung solidarisch finanzierter Leistungen oder eine Verlagerung von Kosten und Risiken.

Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz setzt für die ambulante Versorgung auf Begrenzung und Umverteilung. Die Bewertung dieser Strategie ist politisch; die gesetzlichen Vergütungsregeln sind davon zu unterscheiden.

Für die Praxis ist besonders problematisch, dass Einnahmenbegrenzung und Kostenentwicklung nicht synchron verlaufen müssen. Ein gedeckeltes Honorar begrenzt weder die Miete noch den Preis einer Ersatzinvestition. Es sichert auch nicht automatisch die Mittel, die erforderlich sind, um qualifiziertes Personal zu halten.

Aus einer nominellen Honorarsteigerung kann deshalb ein realer wirtschaftlicher Rückschritt werden. Ob und in welchem Umfang dies eintritt, muss jede Praxis aus ihren eigenen Zahlen berechnen; ein bundesweiter Durchschnitt ersetzt diese Rechnung nicht.

1.2 Leistungsversprechen, Berufsfreiheit und unternehmerisches Risiko

Ärztliche Berufsfreiheit und die freiwillige Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung stehen nicht außerhalb des Rechts. Wer eine Zulassung annimmt, übernimmt persönliche Pflichten. Umgekehrt lässt sich aus diesen Pflichten keine grenzenlose Verfügbarkeit ableiten. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ist eine kollektive Organisationsverantwortung. Er darf nicht undifferenziert in die Forderung übersetzt werden, jede einzelne Praxis müsse unabhängig von Personal, Belastung und Finanzierung jede zusätzliche Nachfrage selbst bedienen.

Darin liegt der berechtigte Ansatzpunkt für einkommenorientierte Praxisführung. Gemeint ist die vorausschauende Planung von Personal, Zeit, Investitionen und Leistungsangebot. Nicht gemeint ist die nachträgliche Ablehnung eines behandlungsbedürftigen Menschen mit dem Hinweis auf ein ausgeschöpftes

Budget. Eine Praxis darf wirtschaftlich denken. Sie darf wirtschaftliche Schwierigkeiten jedoch nicht durch unzulässigen Druck auf einzelne Patienten lösen. Diese Trennung ist kein Zugeständnis gegen die Privatmedizin. Sie schützt deren Legitimität und das Vertrauen in das ärztliche Angebot.

1.3 Privatärztliche Angebote als konstruktive Antwort

Ein privatärztliches Angebot kann ein zusätzliches Zeitfenster für sorgfältige Beratung, eine klar umrissene Spezialisierung oder eine medizinisch verantwortbare Leistung außerhalb des GKV-Katalogs schaffen. Ärztinnen und Ärzte können die dafür erforderliche Kapazität gezielt aufbauen, die Leistungen nach der geltenden GOÄ kalkulieren und die erwarteten Kosten vorab erklären. Das verbindet unternehmerische Gestaltung mit einer unmittelbaren Leistungsbeziehung zum Patienten.

Die positive Perspektive darf nicht mit einer pauschalen Behauptung besserer Behandlungsqualität verwechselt werden. Auch GKV-Behandlungen unterliegen einem hohen fachlichen Standard.

Der zusätzliche Wert einer Privatleistung muss konkret benannt werden: ein abgegrenztes Beratungsziel, ein nachvollziehbares Behandlungsangebot, ein gewünschtes Attest oder eine verantwortbare individuelle Zusatzleistung. Weder der Preis noch das Etikett „privat“ beweist einen medizinischen Zusatznutzen. Patientensouveränität bedeutet in diesem Zusammenhang zweierlei: Gesetzlich Versicherte dürfen eine privatärztliche Leistung aus eigener Entscheidung wählen. Sie dürfen sie ebenso selbstverständlich ablehnen und ihre bestehenden GKV-Ansprüche behalten. Ein System, das die erste Entscheidung moralisch abwertet, beschneidet Wahlfreiheit. Eine Praxis, die die zweite Entscheidung sanktioniert, tut dasselbe.

1.4 Die strategische Empfehlung

Die angemessene Antwort auf wirtschaftlichen Druck ist nicht für jede Praxis gleich. Eine gut aufgestellte Vertragsarztpraxis mit tragfähigem Leistungsprofil kann mit einer besseren Organisation auskommen. Eine andere Praxis gewinnt durch zusätzliche Privatsprechstunden oder ein sorgfältig ausgewähltes IGeL-Angebot. In einer dritten Konstellation passt ein reduzierter Versorgungsauftrag besser zu den tatsächlich vorgehaltenen Kapazitäten. Eine vollständige Privatpraxis ist eine positive, ernsthaft zu prüfende Option, sofern Nachfrage, Finanzierung, persönliche Ziele und rechtlicher Übergang zusammenpassen.

Der erste Schritt sollte deshalb eine gemeinsame Bestandsaufnahme mit der PVS und den weiteren erforderlichen Beratern (z.B. Steuerberater, Bankberater, Praxismanager etc.) sein. Die PVS kann insbesondere die privatärztlichen Leistungs- und Abrechnungsprozesse erschließen und Transparenz über Erlöse, Rechnungsqualität und Zahlungseingänge schaffen. Zulassungsrechtliche Entscheidungen, steuerliche Strukturfragen und Finanzierungszusagen bleiben Aufgaben der hierfür zuständigen Stellen und Berater.

1.5 Kommunikation mit Patienten und Team

Patienten brauchen keine finanzpolitische Grundsatzrede am Empfang. Eine geeignete, mögliche Erklärung könnte lauten: „Wir organisieren unsere Praxis so, dass wir unsere Behandlungen dauerhaft verlässlich anbieten können. Ihre medizinische Dringlichkeit bleibt entscheidend. Zusätzliche privatärztliche Angebote sind freiwillig; über Inhalt und Kosten informieren wir Sie vor Ihrer Entscheidung.“

Gegenüber dem Team wird ergänzt: „Wirtschaftliche Stabilität sichert unsere Arbeitsplätze und unsere Arbeitsbedingungen. Sie ist kein Auftrag, Patienten zu einer Zahlung zu überreden.“

1.6 Checkliste: Die eigene Position klären

- Beschreiben Sie schriftlich, welche ärztliche Tätigkeit Sie in drei Jahren ausüben wollen.
- Trennen Sie Ihre politischen Bewertungen von nachprüfbaren Rechts- und Finanzdaten.
- Ermitteln Sie die tatsächliche Abhängigkeit der Praxis von einzelnen Vergütungswegen.
- Benennen Sie Leistungen und Kapazitäten, die wirtschaftlich neu geordnet werden müssen.
- Formulieren Sie einen gemeinsamen Grundsatz zu Dringlichkeit, Freiwilligkeit und Kostenklarheit.
- Vereinbaren Sie mit Ihrer PVS den Umfang einer ersten Bestandsaufnahme.

2 Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz im Praxisalltag

Das Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde am 24. Juli 2026 ausgefertigt und am 29. Juli 2026 im Bundesgesetzblatt verkündet. Sein Inkrafttreten ist gestaffelt. Die für viele Praxen einschneidenden Vergütungsänderungen sind vor allem für den 1. Januar 2027 vorgesehen. Eine Praxisplanung muss deshalb zwischen bereits geltendem Recht, verbindlich beschlossenen künftigen Regelungen und Änderungen (siehe insbesondere die Ausführungen zu 2.5), noch erforderlichen Umsetzungsbeschlüssen und bloßen Änderungsabsichten unterscheiden.²

2.1 Begrenzung der Vergütungsentwicklung

Das Gesetz bindet die Ausgabenentwicklung enger an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen. Für 2027 bis 2029 wird die maßgebliche Veränderungsrate zusätzlich um einen Prozentpunkt vermindert. Diese Begrenzung ist keine einheitliche prozentuale Kürzung jeder einzelnen Rechnung. Sie wirkt im kollektivvertraglichen Vergütungssystem; die konkrete Verteilung hängt von den einschlägigen Vereinbarungen und dem regionalen Honorarverteilungsmaßstab der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ab.³

Aus unternehmerischer Sicht verschlechtert sich damit die Planbarkeit zusätzlicher GKV-Leistungen. Eine Praxis darf nicht mehr ohne Weiteres davon ausgehen, dass eine zusätzliche behandelte Person einen bestimmten zusätzlichen Erlös auslöst. Für Investitionen muss sie daher zwei Fragen getrennt beantworten: Welche Leistungen werden medizinisch benötigt, und welcher Teil des zusätzlichen Aufwands ist unter den regionalen Vergütungsbedingungen tatsächlich finanziert?

2.2 Rückführung bisher extrabudgetärer Leistungen

Ab 2027 werden bisher außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen in erheblichem Umfang in die MGV überführt. Betroffen sind insbesondere bislang extrabudgetäre Bereiche. Die Bezeichnung „Überführung extrabudgetärer Leistungen in die MGV“ darf nicht missverstanden werden: Regelmäßig entfällt eine besondere Vergütungsweise, nicht die medizinische Leistung und nicht automatisch der Leistungsanspruch des Versicherten. Der neu vorgesehene § 87d SGB V enthält Ausnahmen.⁴ Dazu gehören nichtärztliche Dialyseleistungen, bestimmte Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und Substitutionsbehandlungen. Für neue Leistungen knüpft die Ausnahme an noch nicht über mindestens acht Kalenderquartale vorliegende Abrechnungsdaten an. Weitere Ausnahmen können unter den gesetzlichen Voraussetzungen durch den Bewertungsausschuss beschlossen werden.

Für die Praxis ist eine leistungsbezogene Übergangsliste erforderlich. Sie muss alle bislang extrabudgetär abgerechneten Positionen erfassen, den vorgesehenen Vergütungsweg ab 2027 zuordnen und offene Umsetzungsfragen kennzeichnen. Zudem ist zu beachten: Eine laufende Behandlung darf nicht allein wegen der Reform abgebrochen werden.

2.3 Terminvermittlung und offene Sprechstunde

Die besonderen Vergütungsanreize für TSVG-Konstellationen, insbesondere vermittelte Termine und offene Sprechstunden, entfallen nach den beschlossenen Regelungen zum Jahreswechsel. Die Pflicht, den

übernommenen Versorgungsauftrag einschließlich der jeweils vorgeschriebenen offenen Sprechstunden zu erfüllen, entfällt dadurch nicht. Für die einzelne Praxis ist diese Entkopplung von Pflicht und besonderer Finanzierung ein zentraler Kritikpunkt. Rechtlich ist sie aber kein Freibrief, offene Sprechstunden ersatzlos zu streichen.

Die KBV beziffert den ambulanten Einsparungsumfang für 2027 auf rund drei Milliarden Euro und leitet daraus modellhaft mehr als 46 Millionen zusätzlich nicht finanzierte Behandlungsfälle ab. Diese Rechnung verdeutlicht die verbandliche Einschätzung der Größenordnung. Sie ist weder eine gesetzliche Fallzahlgrenze noch eine belastbare Honorarprognose für die einzelne Praxis.⁵

2.4 Zusätzlicher Aufwand ohne gesonderte Vergütung

Ein besonders anschauliches Beispiel ist die elektronische Patientenakte. Die gesetzliche Grundlage der besonderen Vergütung wurde im Sommer geändert; die konkreten EBM-Regelungen laufen nach der Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses noch bis zum 31. Dezember 2026. Die gesonderten Positionen für Erstbefüllung und weitere Befüllung entfallen zum 1. Januar 2027. Die damit verbundenen gesetzlichen Aufgaben bleiben bestehen.⁶

Auch die Streichung von Hygienezuschlägen oder einer besonderen Vergütung für bestimmte Beratungsleistungen hebt weder die Hygienepflicht noch sonstige fortbestehende Behandlungspflichten auf. Eine allgemeine private „Hygienegebühr“ oder „Digitalpauschale“ für GKV-Sachleistungen ist keine zulässige Antwort. In der Kalkulation muss der Aufwand sichtbar werden; bei der Abrechnung bleibt die jeweilige Rechtsgrundlage entscheidend.

2.5 Fachgruppenspezifische und zeitlich spätere Eingriffe

Bei Haus- und Kinderärzten betreffen die beschlossenen Regelungen unter anderem Ausgleichszahlungen und Abschläge bei Fallzahlsteigerungen. Für die hausarztzentrierte Versorgung sind gesonderte Vertragsbedingungen und die gesetzliche Behandlung von Mengenzuwächsen zu prüfen. Diese Regelungen dürfen nicht mit den fachärztlichen Budgets gleichgesetzt werden. Die Praxis muss ihre tatsächlichen Erlöswege, einschließlich Selektivverträgen, einzeln betrachten.

Für bestimmte technische Leistungsanteile sowie Kataraktoperationen sieht das Gesetz Anpassungen durch den Bewertungsausschuss vor. Die erforderlichen Beschlüsse und die vorgesehenen Anwendungstermine sind in die Investitionsplanung aufzunehmen. Solange eine konkrete Neubewertung nicht feststeht, wird sie als Szenario gerechnet, nicht als bereits bekannter Abschlag in Euro behauptet.

Weitere Regelungen betreffen unter anderem Zweitmeinungsverfahren, die Überprüfung bestimmter Früherkennungsangebote und die später vorgesehene Teilarbeitsunfähigkeit. Ein gesetzlicher Prüfauftrag ist noch keine Leistungsstreichung. Ein Check-up oder eine Früherkennungsleistung darf deshalb nicht vorsorglich zur IGeL erklärt werden, weil über eine künftige Änderung diskutiert wird. Entscheidend sind die im Behandlungszeitpunkt geltenden Anspruchsvoraussetzungen und Richtlinien.

Am 7. Oktober 2026 befasste sich der Gesundheitsausschuss mit weiteren Änderungsanträgen, die im Zusammenhang mit der Notfallreform umgesetzt werden sollen. Diskutiert wurden unter anderem Entlastungen bei hausärztlichen Vergütungsregeln und der Psychotherapie. Die Fachberichterstattung vom 13. Oktober beschreibt erneut geänderte Anträge und das weitere parlamentarische Verfahren. Am 15.10.2026 hat der Deutsche Bundestag die Befassung des Ausschusses bestätigt und im Rahmen der Notfallreform mit zwölf Folgeregelungen beschlossen. Beispiele: Streichung des Fixkostendegressionsabschlages bei Haus-/Kinderärzten sowie Ausnahmen beim Ambulanten Operieren und der Psychotherapie. Diese Vorgänge sind für die Planung wichtig, ersetzen aber nicht die Prüfung eines abschließend verkündeten Änderungsgesetzes, insbesondere nach zum Redaktionsstand (27.10.2026) noch ausstehender Befassung des Bundesrates, voraussichtlich am 20.11.2026.^{7 8 9 10}

Die praktische Konsequenz lautet: Rechnen Sie das beschlossene Recht als Ausgangsszenario und mögliche Entlastungen als gesonderte Variante. Kündigen Sie weder Personal noch Zulassung allein aufgrund einer

Presseüberschrift. Vor einer unwiderruflichen Strukturentscheidung muss der Rechtsstand nochmals anhand der Verkündung und der regionalen Umsetzung geprüft werden.

2.6 Kommunikation und Unterstützung durch die PVS

Eine geeignete Patientenerklärung lautet: „Die Finanzierung bestimmter Leistungen wird verändert. Das bedeutet nicht, dass Ihr bestehender Leistungsanspruch pauschal entfällt. Wir prüfen deshalb für Ihre konkrete Behandlung, welche Versorgung vorgesehen ist und welche freiwilligen zusätzlichen Möglichkeiten bestehen.“

Die PVS kann helfen, privatärztliche Erlösvarianten sauber von der GKV-Honorarprognose zu trennen und Kosteninformationen zu erstellen. Die Berechnung regionaler GKV-Auswirkungen wird mit der zuständigen KV und gegebenenfalls spezialisierten Praxisberatern abgestimmt.

2.7 Checkliste: Gesetzesfolgen in die Praxis übersetzen

- Legen Sie eine Liste der eigenen extrabudgetären und besonderen Vergütungspositionen an.
- Trennen Sie geltende Regelung, künftiges Inkrafttreten, Umsetzungsbeschluss und politischen Vorschlag.
- Prüfen Sie TSVG-, ePA-, Hygiene- und fachgruppenspezifische Erlöse gesondert.
- Berücksichtigen Sie laufende genehmigte Behandlungen und Übergangsregeln.
- Holen Sie eine regional belastbare HVM-Einordnung ein.
- Rechnen Sie mindestens ein Belastungs- und ein Entlastungsszenario.
- Kontrollieren Sie den Rechtsstand erneut vor verbindlichen Strukturentscheidungen.
- Vermeiden Sie gegenüber Patienten die pauschale Aussage: „Die Kasse zahlt nichts mehr.“

3 Die Handlungsoptionen im Überblick

Es bieten sich verschiedene Handlungsrichtungen an. Dabei setzt nicht jede Option eine Veränderung der Zulassung voraus. Gerade deshalb muss die Praxis zwischen einer wirtschaftlichen Neuorganisation und einer formellen Reduzierung des Versorgungsauftrags unterscheiden.

GKV-Kapazität wirtschaftlich organisieren

Die erste Option ist eine realistische Planung des vorhandenen Versorgungsauftrags. Behandlungszeiten, Akutreserven, Personal und Investitionen werden aufeinander abgestimmt. Dies kann Doppelarbeit verringern und Überlastung vermeiden. Es ist keine Teilprivatisierung im zulassungsrechtlichen Sinn. Die Grenzen liegen in der ordnungsgemäßen Erfüllung der GKV-Pflichten.

Privatsprechstunden als zusätzliches Standbein

Ein abgegrenztes privatärztliches Zeit- und Leistungsangebot kann neben einer Vertragsarztpraxis bestehen. Privatversicherte und freiwillig selbstzahlende GKV-Versicherte können es nutzen. Erforderlich sind ein tragfähiges Kapazitätskonzept, unveränderte Erfüllung des bestehenden Versorgungsauftrags und korrekte Vereinbarungen. Es gibt keine allgemeine bundesweite Prozentquote, nach der ein bestimmter Privatanteil automatisch zulässig oder unzulässig wäre. Maßgeblich ist die konkrete Organisation.

Ein qualifiziertes IGeL-Angebot entwickeln

Echte IGeL ergänzen die solidarisch finanzierte Versorgung um verantwortbare, individuell gewünschte Leistungen außerhalb des konkreten GKV-Anspruchs. Sie sind nicht mit der privaten Inanspruchnahme einer an sich gedeckten GKV-Leistung gleichzusetzen. Die Chance liegt in einem klaren Zusatzangebot und einer eigenständigen Nachfrage. Die Voraussetzungen sind medizinische Vertretbarkeit, eine geklärte Leistungsabgrenzung und informierte Freiwilligkeit.

Leistungsangebot und Investitionen neu ordnen

Nicht jede wirtschaftliche Frage wird durch mehr Behandlungsfälle beantwortet. Eine Praxis kann Prozesse vereinfachen, Kooperationen prüfen, Geräte gemeinsam nutzen oder auf eine nicht erforderliche Erweiterung verzichten. Sie darf aber nicht wesentliche GKV-Leistungen gezielt entziehen, um dieselben Leistungen ausschließlich privat zu verkaufen. Bestehende Genehmigungen, Verpflichtungen und Versorgungsabläufe werden deshalb vor einer Veränderung einzeln geprüft.

Den Versorgungsauftrag reduzieren

Eine Beschränkung auf drei Viertel oder die Hälfte ist ein formeller zulassungsrechtlicher Schritt. Sie kann den zeitlichen Rahmen rechtlich klarer an ein gemischtes Praxismodell anpassen. Der geringere GKV-Umfang schafft aber nicht automatisch gleich hohe private Ersatzumsätze. Zudem ist eine spätere Wiederaufstockung nicht als jederzeit gesicherte Rückkehr einzuplanen.

Vollständig privatärztlich tätig werden

Der individuelle Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung kann zu einer vollständigen Privatpraxis führen. Diese Entscheidung eröffnet große organisatorische Freiheit, verändert aber die gesamte Nachfrage- und Erlösbasis. Sie muss mit Fristen, laufenden Behandlungen, Verträgen, Finanzierung und gegebenenfalls einem Nachbesetzungsverfahren abgestimmt sein.

Die richtige Reihenfolge der Entscheidung

Beginnen Sie mit Maßnahmen, die Informationen schaffen und ohne große Folgekosten korrigierbar sind:

- Zahlen prüfen,
- Prozesse verbessern,
- ein begrenztes zusätzliches Angebot erproben.

Größere irreversible Schritte folgen erst, wenn die Nachfrage und die rechtliche Gestaltung belastbar sind. Ein Pilot ist kein Verzicht auf unternehmerischen Ehrgeiz. Er verhindert, dass eine attraktive Idee auf einer falschen Mengenannahme oder einer unzulässigen Terminsteuerung beruht.

Die PVS sollte dabei nicht erst eingeschaltet werden, wenn die ersten Rechnungen geschrieben werden. Sie kann bereits bei der Leistungsbeschreibung, GOÄ-Zuordnung und Organisation des Forderungseinzugs helfen. Das erleichtert den Vergleich der Optionen. Die Entscheidung bleibt beim Praxisinhaber.

Kommunikation mit Patienten und Team

„Wir prüfen mehrere Möglichkeiten, unsere Praxis weiterzuentwickeln. Nicht jede Überlegung führt zu einer Änderung Ihrer Behandlung. Sobald Entscheidungen feststehen, informieren wir Sie über den Umfang, den Beginn und Ihre Wahlmöglichkeiten.“ Diese Formulierung vermeidet Gerüchte. Intern sollte jede Option mit dem Satz beginnen: „Was ändert sich für den Patienten, was ändert sich für unsere Arbeit und was bleibt unverändert?“

3.1 Checkliste: Optionen auswählen

- Beschreiben Sie das Ziel jeder Option in einem Satz.
- Ordnen Sie zu, ob eine Zulassungsänderung erforderlich ist.
- Prüfen Sie Nachfrage, Kapazität, Investitionsbedarf und Rechtsrisiken getrennt.
- Bestimmen Sie, welche Entscheidung reversibel und welche schwer rückgängig zu machen ist.
- Legen Sie einen begrenzten Pilot und klare Abbruchkriterien fest.
- Stellen Sie die Patienteninformation fertig, bevor eine neue Buchungsmöglichkeit freigeschaltet wird.

4 Besondere Handlungsspielräume für Hausarztpraxen ¹¹

Für Hausärztinnen und Hausärzte stellen sich die Möglichkeiten einer veränderten Praxisführung anders dar als für viele Facharztpraxen. Im Mittelpunkt stehen weniger apparative Leistungen als die kontinuierliche Betreuung, die Koordination der Versorgung, die Behandlung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen sowie Haus- und Pflegeheimbesuche. Bei der wirtschaftlichen Neuaufstellung sollten Hausarztpraxen insbesondere die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V berücksichtigen. HZV-Verträge bieten eigene Vergütungs- und Versorgungsstrukturen, deren Bedingungen regional und nach Krankenkasse variieren. Daneben sind die weitgehend entbudgetierte hausärztliche Vergütung sowie die 2026 neu geregelten Vorhalte- und Versorgungspauschalen in die Kalkulation einzubeziehen. Bei einer Reduzierung des Versorgungsauftrags oder einem Wechsel zur Privatpraxis ist besonders auf die Versorgungskontinuität zu achten. Chronisch kranke, hochbetagte und immobile Patientinnen und Patienten benötigen verlässliche Ansprechpersonen, regelmäßige Kontrollen, Verordnungen und gegebenenfalls Hausbesuche. Eine Umstellung muss deshalb nicht nur wirtschaftlich tragfähig sein, sondern auch die geordnete Weiterbetreuung sicherstellen. Bestehende HZV-Verpflichtungen und ihre Beendigung sind gesondert zu prüfen.

Für Hausarztpraxen liegt der entscheidende Gestaltungsspielraum damit häufig in der Verbindung einer wirtschaftlich tragfähigen Praxisorganisation mit einer kontinuierlichen, patientennahen Versorgung. Die PVS kann insbesondere bei der Kalkulation und Abrechnung ergänzender privatärztlicher Leistungen unterstützen

5 Die Praxis wirtschaftlich vermessen ¹²

Eine tragfähige Privatstrategie beginnt mit einer Rechnung. Ein voller Terminkalender kann mit einem schwachen Ergebnis einhergehen. Umgekehrt kann ein kleineres, medizinisch klar profiliertes Angebot eine stabile Praxis tragen. Entscheidend sind nicht nur Umsatz und Fallzahl, sondern der Aufwand je Leistung, die gebundene Kapazität und der tatsächliche Zahlungseingang. Die folgenden Rechenmodelle sind eigene Planungsbeispiele, keine Branchenwerte und keine Honorarversprechen.

Hinweis: Die GOÄ-Novelle in der wirtschaftlichen Planung berücksichtigen

Bei der langfristigen Kalkulation privatärztlicher Angebote ist die geplante Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu berücksichtigen. Der im Juli 2026 aktualisierte Entwurf sieht ein neu strukturiertes Leistungsverzeichnis, feste Eurobewertungen und veränderte Abrechnungsregeln vor. Damit können sich die Honorare einzelner Leistungen und die wirtschaftlichen Grundlagen einer Privatpraxis verändern. Zeitpunkt und endgültige Ausgestaltung der Reform stehen noch nicht fest; ein Inkrafttreten zum 1. Januar 2028 wird angestrebt. Praxen sollten daher ihre Wirtschaftlichkeit zunächst auf Grundlage der geltenden GOÄ berechnen und mögliche Veränderungen anhand ihres konkreten Leistungsspektrums in zusätzlichen Szenarien berücksichtigen. Die PVS begleitet den Prozess von heutiger GOÄ zu GOÄ-Novelle von Anfang an und kann hier beratend einzogen werden.

5.1 Vier Rechnungen statt einer einzigen Umsatzbetrachtung

Die erste Rechnung beschreibt den bestehenden Praxisbetrieb: Erlöse, Personal, Räume, Sachkosten, Finanzierung und Ergebnis.

Die zweite beschreibt die Änderung: Welche zusätzlichen Kosten und welche zusätzlichen Erlöse entstehen durch das neue Angebot?

Die dritte bildet die Liquidität ab: Wann werden Investitionen, Gehälter, Steuern und Darlehensraten tatsächlich bezahlt, wann gehen Honorare ein?

Die vierte berücksichtigt die eigene Arbeit und Vorsorge: Welcher Betrag soll für Lebenshaltung, Alterssicherung, Krankheit, Urlaub und ein angemessenes Unternehmerrisiko verfügbar sein?

Diese Rechnungen dürfen nicht vermischt werden. Der rechnerische Unternehmerlohn ist in einer Einzelpraxis kein Gehalt, das steuerlich wie ein Angestelltenlohn gebucht wird. Darlehenstilgung ist ein Liquiditätsabfluss, aber nicht dieselbe Größe wie eine gewinnmindernde Abschreibung. Eine Abschreibung wiederum ist nicht automatisch eine angesparte Ersatzinvestition. Die steuerliche Einordnung stimmt die Praxis mit ihrem Steuerberater ab.

5.2 Welche Daten wirklich benötigt werden

Werten Sie mindestens die verfügbaren letzten vier Quartale aus, bei starken Schwankungen einen längeren Zeitraum. Trennen Sie GKV-Regelversorgung, extrabudgetäre Vergütung, Selektivverträge, PKV, Beihilfe und Selbstzahler. Innerhalb der Privatumsätze sollte erkennbar sein, welche Leistungen häufig erbracht werden, wie viel Zeit sie beanspruchen und ob sie auch bezahlt werden. Eine gestellte Rechnung und ein Zahlungseingang sind unterschiedliche Ereignisse.

Ergänzen Sie Zeitdaten aus einer repräsentativen Arbeitsphase. Erfasst werden nicht nur unmittelbare Behandlungen, sondern auch Befundung, Dokumentation, Telefonrückfragen, Materialvorbereitung und Nachsorge. Bei einer neuen Leistung gehören zusätzliche Kostenaufklärung und Organisation dazu. So wird vermieden, dass die Wirtschaftlichkeit nur deshalb gut aussieht, weil die ärztliche Arbeit nach Ende der Sprechstunde unsichtbar bleibt.

5.3 Deckungsbeitrag richtig verwenden

Für eine zusätzliche Leistung kann zunächst der erwartete Erlös abzüglich der unmittelbar zusätzlich ausgelösten Kosten betrachtet werden. Dieser Deckungsbeitrag hilft bei kurzfristigen Entscheidungen. Er beweist noch nicht, dass eine Leistung auf Dauer alle Kosten der Praxis trägt. Wenn zusätzliches Personal, ein größerer Raum oder ein Gerät erforderlich wird, entstehen neue feste Kosten, die ebenfalls gedeckt werden müssen.

Beispiel: Eine zusätzliche, rechtlich und medizinisch zulässige Privatleistung erbringt in der Planung durchschnittlich 110 Euro. Direkt zurechenbare Kosten betragen 22 Euro. Es verbleiben 88 Euro zur Deckung weiterer Kosten und der ärztlichen Arbeit. Benötigt der vollständige Ablauf 40 Minuten Ärztinnen- oder Arztzeit, entspricht dies rechnerisch 132 Euro je ärztlicher Stunde vor den übrigen Praxisaufwendungen. Daraus lässt sich kein allgemeiner GOÄ-Preis ableiten. Das tatsächliche Honorar muss aus den zulässigen Gebührenpositionen des konkreten Falls entstehen.

5.4 Eine Privatisierung nicht mit verschwundenen Fixkosten schönrechnen

Bei einer Reduzierung des GKV-Anteils bleiben Miete, Software, Versicherungen und ein großer Teil des Personals zunächst bestehen. Die entfallende GKV-Vergütung ist deshalb nicht mit einem proportional sinkenden Kostenblock zu verrechnen. Berechnen Sie ausdrücklich, welche Kosten wirklich wegfallen, welche nur später angepasst werden können und welche für das private Angebot zusätzlich entstehen.

Ein fiktives Monatsszenario verdeutlicht den Unterschied. Eine Praxis verliert durch eine geplante Umstellung 12.000 Euro GKV-Erlös. Tatsächlich vermeidbare Kosten betragen 2.000 Euro. Für einen Ergebnisgleichstand fehlen zunächst 10.000 Euro. Erzielt das neue Angebot je abgeschlossenem und bezahlt gewordenem Behandlungsfall einen Beitrag von 100 Euro nach seinen direkt zurechenbaren Kosten, sind monatlich 100 solche Fälle erforderlich. Bei 80 Euro sind es 125. Zusätzliche feste Kosten und Ausfallrisiken erhöhen den Bedarf. Die Rechnung ist erst plausibel, wenn die dazu benötigte Zeit und die unabhängig zu erwartende Nachfrage ebenfalls nachgewiesen sind.

5.5 Privatpraxis: Gewinnschwelle und Liquiditätsreserve

Für eine reine Privatpraxis wird die Rechnung vollständig neu aufgestellt. Beispielhaft seien monatlich 18.000 Euro laufende Praxiszahlungen, 2.000 Euro Tilgung, 5.000 Euro Steuerreserve, 7.000 Euro persönlicher Bedarf einschließlich Vorsorge und 1.000 Euro Sicherheitszuführung angesetzt. Erforderlich sind 33.000 Euro verfügbare Zahlungseingänge. Bei durchschnittlich 150 Euro Zahlungseingang je Fall entspräche dies 220 Fällen;

bei 120 Euro wären es 275. Die Beispiele enthalten keine typischen Marktwerte. Sie zeigen, welche Annahmen offengelegt werden müssen.

Eine Anlaufreserve sollte aus dem konkreten monatlichen Fehlbetrag und einer realistischen Anlaufdauer berechnet werden. Eine pauschale Empfehlung von drei oder sechs Monaten ist ohne Kenntnis der Investition und des privaten Haushalts nicht belastbar. Prüfen Sie zusätzlich ein Szenario mit späteren Zahlungseingängen, geringerer Auslastung, Krankheit und ungeplanter Reparatur. Eine PVS kann den Forderungsprozess erleichtern; sie ersetzt nicht automatisch die erforderliche Finanzierung. Vorfinanzierung oder Forderungskauf sind gesonderte Vertragsmodelle mit eigenen Kosten und Voraussetzungen.

5.6 Nachfrage nicht aus dem vorhandenen GKV-Stamm ableiten

Eine häufige Fehlannahme lautet: Ein bestimmter Anteil der bisherigen GKV-Patienten werde die private Behandlung schon bezahlen. Solange dies nicht durch freiwillige, druckfreie Nachfrage und tatsächliches Verhalten belegt ist, bleibt es eine Hypothese. Ein Fragebogen während einer existenziell wichtigen Behandlung kann zudem Erwartungen und Abhängigkeiten erzeugen. Geeigneter sind anonymisierte Marktinformationen, beobachtete eigeninitiierte Anfragen, ein klar kommuniziertes zusätzliches Angebot und ein begrenzter Pilot.

Die PVS kann für die privatärztliche Seite Auswertungen zu Rechnungsvolumen, Forderungsalter, Rückfragen und realisiertem Erlös aufbereiten. Welche fachgruppen- oder regionalbezogenen Vergleichsinformationen verfügbar sind, ist konkret zu vereinbaren. Auch gute Vergleichsdaten begründen keine Gewähr für die Nachfrage am eigenen Standort.

5.7 Kommunikation mit Patienten und Team

„Wir erläutern Ihnen die voraussichtlichen Gesamtkosten vorab. Es gibt keine Verpflichtung, weitere Leistungen zu buchen. Sollte sich medizinisch ein zusätzlicher Bedarf ergeben, besprechen wir diesen zunächst mit Ihnen.“ Intern sollten Beschäftigte wissen, dass ein hoher Umsatz nicht mit einem hohen Gewinn gleichzusetzen ist. Kennzahlen dienen der Planung und Qualität, nicht der Bewertung einzelner Patienten nach ihrer Zahlungsfähigkeit.

5.8 Checkliste: Wirtschaftliche Entscheidungsvorlage

- Trennen Sie gestellte Rechnungen, Erlöse und tatsächliche Zahlungseingänge.
- Ermitteln Sie den vollständigen Zeitaufwand der geplanten Leistungen.
- Unterscheiden Sie variable, vermeidbare und unverändert fortbestehende Kosten.
- Berechnen Sie Unternehmerbedarf, Steuern, Tilgung und Reserve ohne Doppelzählung.
- Prüfen Sie die erforderliche Fallzahl gegen Zeitkapazität und echte Nachfrage.
- Rechnen Sie ein realistisches und ein ungünstiges Szenario.
- Legen Sie fest, ab welchem Ergebnis der Pilot fortgeführt, geändert oder beendet wird.

6 Der rechtliche Rahmen: Pflichten erfüllen und Spielräume nutzen

Die rechtliche Grundfrage lautet nicht, ob eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt überhaupt privatärztlich arbeiten darf. Das ist grundsätzlich möglich. Entscheidend ist, ob die konkrete Ausgestaltung mit dem übernommenen GKV-Versorgungsauftrag vereinbar ist. Diese Handreichung empfiehlt daher keine Strategie der bloßen Umbenennung. Ein rechtssicheres Praxismodell muss auch dann bestehen können, wenn Terminbuchung, Patienteninformation und tatsächliche Behandlung gemeinsam betrachtet werden.

6.1 Kollektiver Sicherstellungsauftrag und persönliche Leistungspflicht

Nach § 75 SGB V liegt die Sicherstellungsverantwortung bei den KVen und der KBV. Die Zulassung bindet die einzelne Praxis an den aus ihr folgenden Versorgungsauftrag. Dazu gehören zeitliche Verfügbarkeit, fachlicher Leistungsumfang, persönliche Leistungserbringung, die einschlägigen Qualitätsanforderungen und eine bedarfsgerechte Organisation. Ein Praxisinhaber darf seinen Beitrag nicht allein durch einen abstrakten Verweis auf die Verantwortung der KV ersetzen.¹³

Gleichzeitig erkennt die KBV an, dass organisatorische und kapazitätsbedingte Grenzen bestehen. Eine Praxis muss nicht unendlich wachsen, immer neue Mitarbeiter einstellen oder jedes zusätzliche Zeitfenster der GKV anbieten. Die konkrete Ausgestaltung bleibt aber am Versorgungsauftrag zu messen. Entscheidend sind die tatsächlichen Verhältnisse, nicht ein nachträglich formulierter Standardsatz in der Patientenakte.

Hinweis: Verschärfung der Terminmeldepflicht ab 2027 geplant

Der Deutsche Bundestag hat am 15. Oktober 2026 im Rahmen der Notfallreform eine Verschärfung der Terminmeldepflicht beschlossen. Künftig sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen verbindlich festlegen, in welchem Umfang Vertragsarztpraxen Termine an die Terminservicestellen melden müssen.

Die regionalen Festlegungen sollen bis zum 1. März 2027 erfolgen. Kommt keine Einigung zustande, entscheidet das zuständige Schiedsamt. Bis zu einer Neuregelung gelten die bisherigen KV-Vorgaben weiter.

Welche konkreten Terminkontingente einzelne Praxen künftig bereitstellen müssen, ist derzeit noch offen. Die Neuregelung könnte die eigenständige Terminvergabe und Kapazitätsplanung der Praxen spürbar beeinflussen. Praxisinhaber sollten deshalb die regionalen Vorgaben ihrer KV aufmerksam verfolgen und mögliche Auswirkungen auf die Praxisorganisation berücksichtigen.

Stand: 27. Oktober 2026. Das Gesetz ist vom Bundestag beschlossen, aber noch nicht in Kraft getreten.

14

6.2 Die Mindestsprechstunden sind eine Untergrenze

Bei vollem Versorgungsauftrag sind mindestens 25 Wochenstunden unmittelbarer Verfügbarkeit für gesetzlich Versicherte vorzuhalten. Für die in § 17 Abs. 1c BMV-Ä genannten Fachgruppen sind davon grundsätzlich fünf Stunden als offene Sprechstunden anzubieten. Bei drei Vierteln ergeben sich 18 Stunden 45 Minuten und gegebenenfalls drei Stunden 45 Minuten offen; bei halbem Auftrag 12 Stunden 30 Minuten und gegebenenfalls zwei Stunden 30 Minuten offen. Besondere fachgruppen- oder leistungsbezogene Ausnahmen sind gesondert zu prüfen.

Zu den betroffenen Fachgruppen zählen unter anderem Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, bestimmte neurologische und psychiatrische Fachgruppen, Orthopädie und Urologie. Verbindlich ist die konkrete Zuordnung des aktuellen BMV-Ä zum EBM, nicht eine verkürzte Aufzählung auf einer Praxiswebsite. Für angestellte Ärzte ist der genehmigte Beschäftigungsumfang zu berücksichtigen.

Unmittelbare Versorgung kann auch außerhalb eines gewöhnlichen Gesprächszimmers stattfinden. Besuchszeiten werden nach den bundesmantelvertraglichen Vorgaben angerechnet; zu Wegezeiten sind regionale Regelungen zu beachten. Verwaltungszeit ist dagegen nicht ohne Weiteres Sprechstundenzeit. Ebenso kann eine ausschließlich für Privatbehandlung reservierte Stunde nicht zugleich als volle GKV-Verfügbarkeit dargestellt werden.

Die Zahl 25 bedeutet nicht, dass jede Praxis nach exakt 25 Stunden unabhängig von allen weiteren Umständen ihre vertragsärztliche Versorgung beenden darf. Verteilung, Erreichbarkeit, laufende Behandlungen, Praxisstruktur und Versorgungsbedarf bleiben zu berücksichtigen. Eine Umstellung auf wenige stark verdichtete Tage ist daher kein allgemeines Standardrezept.^{15 16}

6.3 Das wesentliche Leistungsspektrum erhalten

Eine Vertragsarztpraxis muss die wesentlichen Untersuchungen und Behandlungen ihres Fachgebiets im Rahmen ihres Auftrags als GKV-Leistungen anbieten. Nicht jede denkbare hoch spezialisierte Methode muss in jeder Praxis vorhanden sein. Unzulässig ist aber die gezielte Aushöhlung des vertragsärztlichen Angebots zugunsten eines privaten Parallelangebots.

Praktisch muss deshalb zwischen einer nicht vorgenommenen Neuinvestition und der bewussten Verlagerung einer bislang erforderlichen Kernleistung unterschieden werden. Auch die Rückgabe einer Abrechnungsgenehmigung schafft nicht automatisch die Freiheit, dieselbe Leistung allen bisherigen GKV-Patienten nur noch privat anzubieten. Solche Gestaltungen bedürfen einer ausdrücklichen Einzelfallprüfung. Eine PVS-Leistungsanalyse ist hierbei hilfreich; die verbindliche zulassungs- und vertragsarztrechtliche Bewertung muss gesondert erfolgen.

6.4 Wann darf eine Behandlung abgelehnt werden?

Nach § 13 Abs. 7 BMV-Ä ist eine Ablehnung nur in begründeten Fällen zulässig. Eine tatsächlich ausgeschöpfte Kapazität kann einen solchen Grund bilden. Ein ausgeschöpftes Honorarbudget für sich genommen genügt nicht. Bei bereits begonnenen Behandlungen sind Kontinuität und ein medizinisch verantwortbarer Übergang besonders zu beachten. Ein zerrüttetes Vertrauensverhältnis kann anders zu beurteilen sein als eine wirtschaftlich unerwünschte Nachfrage.

Medizinische Dringlichkeit muss vor einer organisatorischen Zurückweisung eingeschätzt werden. Der Empfang darf erkennbare Warnsignale nicht mit der Frage nach dem Versicherungsstatus beantworten. Die Praxis legt fest, wann unmittelbar eine ärztliche Entscheidung erforderlich ist und wie bei Notfällen, akutem Abklärungsbedarf oder einer Verschlechterung vorzugehen ist. Eine pauschale Maximalzahl pro Tag ersetzt dieses Verfahren nicht.

Das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. April 2021 dient als Warnung vor widersprüchlicher Kapazitätsdarstellung: Gleichzeitig frei gehaltene Privattermine können gegen die behauptete vollständige Überlastung sprechen. Daraus folgt kein ausnahmsloses Verbot getrennt organisierter Privatsprechstunden. Es folgt die Notwendigkeit, die gesamte Praxisorganisation rechtlich und tatsächlich konsistent zu gestalten.¹⁷

6.5 Drei unterschiedliche Rechtswege für Privatleistungen

Erstens: Eine GKV-versicherte Person wünscht vor der Behandlung ausdrücklich eine privatärztliche Behandlung auf eigene Kosten und bestätigt dies schriftlich. Das ist die Konstellation des § 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 2 BMV-Ä. Bei einer an sich zustehenden Sachleistung darf dieser Wunsch nicht durch unzulässige Einflussnahme der Praxis erzeugt werden.

Zweitens: Es wird eine Leistung angeboten, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung im konkreten Fall ist. Hier sind die vorherige schriftliche Zustimmung und der Hinweis auf die eigene Kostentragung nach § 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 3 BMV-Ä entscheidend. Eine ärztlich begründete Information über ein echtes Zusatzangebot ist nicht schon deshalb verboten, weil die Initiative zur Information von der Praxis ausgeht. Die Freiwilligkeit bleibt uneingeschränkt erforderlich.

Drittens: Versicherte haben gegenüber ihrer Krankenkasse wirksam Kostenerstattung gewählt oder verfügen über eine konkrete Bewilligung. Diese Konstellation richtet sich nach § 13 SGB V und ist weder mit einer einfachen IGeL-Erklärung noch mit einer Zusage der Praxis herzustellen.

6.6 Kommunikation und PVS-Unterstützung

„Zuerst klären wir Ihren medizinischen Bedarf und Ihren Anspruch. Erst danach besprechen wir, ob Sie eine zusätzliche oder eine eigenständig gewünschte private Behandlung in Anspruch nehmen möchten.“ Die PVS kann die hierfür erforderlichen Erklärungen und Abrechnungswege organisatorisch aufeinander abstimmen. Sie

sollte nicht aufgefordert werden, ein rechtswidrig angebahntes Privatverhältnis durch eine formal einwandfreie Rechnung nachträglich zu heilen.

6.7 Checkliste: Rechtliches Fundament

- Prüfen Sie den genauen Umfang Ihrer Zulassung und aller Anstellungsgenehmigungen.
- Berechnen und dokumentieren Sie die erforderlichen Sprechstunden und offenen Sprechstunden.
- Stellen Sie das wesentliche fachliche GKV-Angebot sicher.
- Definieren Sie medizinische Priorisierung und begründete Ablehnungsfälle.
- Trennen Sie echten Zusatzwunsch, private Wahl einer Sachleistung und Kostenerstattung.
- Lassen Sie strukturelle Grenzfälle vor der Einführung regional rechtlich prüfen.
- Kontrollieren Sie, ob Buchungssystem, Aushang, Telefotext und tatsächlicher Ablauf übereinstimmen.

7 GKV-Sprechstunden neu organisieren, ohne Versorgung zu verdrängen

Die Neuorganisation der GKV-Sprechstunde ist häufig die sinnvollste erste Maßnahme. Sie kann Arbeitsverdichtung reduzieren, Verantwortlichkeiten klären und vermeidbare Zusatzkontakte begrenzen. Eine bessere Organisation kommt auch den gesetzlich Versicherten zugute. Sie darf allerdings nicht nur den Anschein einer Kapazitätsgrenze erzeugen, hinter der dieselbe Leistung gegen private Zahlung sofort verfügbar wird.

7.1 Erst den tatsächlichen Ablauf erheben

Erfassen Sie, wie sich planbare Termine, akute Anliegen, offene Sprechstunden, Hausbesuche und Nacharbeiten verteilen. Besonders aufschlussreich sind wiederholte Kontakte ohne medizinischen Zusatznutzen: fehlende Unterlagen, unklare Rückrufwege oder getrennte Termine für Aufgaben, die sinnvoll verbunden werden können. Hier liegt ein Organisationspotenzial, das keine Einschränkung eines Leistungsanspruchs voraussetzt.

Prüfen Sie zugleich die Leistungsgrenzen des Teams. Eine nominell geöffnete Praxis ist nicht mit voller ärztlicher Behandlungskapazität gleichzusetzen. Umgekehrt darf eine anwesende, behandelnde Ärztin nicht in der Dokumentation als abwesend erscheinen, nur weil in diesem Zeitraum privat abgerechnet wird. Zeitdaten werden so erhoben, dass eine dritte Person den tatsächlichen Ablauf verstehen kann.

7.2 Einen belastbaren Wochenplan erstellen

Der Wochenplan ordnet jede Zeit einem nachvollziehbaren Zweck zu. Er enthält GKV-Sprechstunden, gegebenenfalls offene Sprechstunden, Besuche, Befundung und Dokumentation sowie gesonderte privatärztliche Kapazität. Dabei werden die bundesmantelvertraglichen Mindestzeiten und die regionalen Vorgaben eingehalten. Nicht jede interne Arbeitskategorie ist eine rechtliche Anrechnungsposition. Die Bewertung wird vor einer deutlichen Reduzierung mit der KV beziehungsweise der Rechtsberatung abgestimmt.

Eine fiktive Planung mit 30 Stunden unmittelbarer GKV-Verfügbarkeit, weiteren Arbeitszeiten für Dokumentation und sechs zusätzlichen Privatstunden kann tragfähig sein. Sie ist aber kein Muster, dessen bloße Übernahme Rechtssicherheit erzeugt. Ob Personal, fachlicher Bedarf, Wegezeiten und laufende Behandlungen damit angemessen abgedeckt sind, muss die konkrete Praxis beantworten. Die private Zusatzkapazität darf nicht dadurch finanziert werden, dass notwendige GKV-Abläufe nur noch auf dem Papier bestehen.

7.3 Offene Sprechstunde medizinisch steuern

Eine offene Sprechstunde braucht ein Anmelde- und Einschätzungsverfahren. Patienten erfahren, dass die Reihenfolge nicht ausschließlich vom Eintreffen abhängt. Medizinisch dringliche Fälle werden vorgezogen; planbare Anliegen können auf einen geeigneten späteren Termin verwiesen werden. Das Team muss wissen, welche Beschwerden sofort eine ärztliche Beurteilung auslösen. Die konkrete klinische Einschätzung bleibt eine ärztliche Aufgabe.

Ist die offene Sprechstunde ausgelastet, wird nicht pauschal jede weitere Person weggeschickt. Es wird geklärt, ob eine Behandlung aufgeschoben werden kann, welche Alternative besteht und welche Sicherheitshinweise erforderlich sind. Der Ablauf der angekündigten Zeit ist keine Erlaubnis, einen erkannten akuten Behandlungsbedarf zu ignorieren. Gleichzeitig folgt aus dem Angebot offener Sprechstunden keine Verpflichtung zu einer unbegrenzt verlängerten regulären Sprechstunde.

7.4 Überlastung dokumentieren, nicht behaupten

Eine belastbare Dokumentation enthält den personellen Engpass, die verfügbaren ärztlichen Zeiten, die bereits geplanten Behandlungen und die getroffenen Alternativmaßnahmen. Bei einem konkreten Kontakt werden medizinische Dringlichkeit, Entscheidung, angebotene Alternative und erforderliche Sicherheitshinweise festgehalten. Eine Patientenakte ist kein Ort für politische Kommentare über eine Krankenkasse.

Der Satz „Kapazität erschöpft“ reicht nicht, wenn die Praxis zugleich dieselbe Leistung im selben Versorgungszusammenhang nur gegen Zahlung anbietet. Es geht um die tatsächliche Kapazität und die rechtlich zulässige Gesamtorganisation. Eine neue Wortwahl kann eine unzulässige Leistungssperre nicht in einen organisatorischen Ablehnungsgrund verwandeln.

7.5 Veränderungen ankündigen und nachprüfen

Veränderte Sprechzeiten werden rechtzeitig im Team, gegenüber der KV nach deren Verfahren, auf dem Praxisschild und in den Buchungskanälen umgesetzt. Laufende Behandlungen und bereits vergebene Termine werden aktiv bearbeitet. Wer lediglich den Onlinekalender ändert, erzeugt vermeidbare Konflikte und unter Umständen widersprüchliche Nachweise.

Nach vier bis acht Wochen empfiehlt sich eine eigene Auswertung: Sind akute Anliegen angemessen versorgt? Steigen Rückfragen und Beschwerden? Bleiben die versprochenen Zeiten tatsächlich verfügbar? Hat sich die Überstundenbelastung verbessert? Diese Beobachtungsfrist ist eine organisatorische Empfehlung, keine gesetzliche Vorgabe. Die PVS kann die Auswirkungen auf das private Zusatzangebot auswerten; die medizinische Bewertung bleibt in der Praxis.

7.6 Kommunikation mit Patienten und Team

„Unsere offenen Sprechstunden finden zu den veröffentlichten Zeiten statt. Bitte nennen Sie uns akute Beschwerden bereits bei der Anmeldung. Die Ärztin entscheidet, wie dringlich Ihr Anliegen ist. Wenn eine Behandlung heute nicht erforderlich oder nicht mehr möglich ist, besprechen wir den geeigneten weiteren Weg.“

Nach einer GKV-Terminabsage darf daraus kein Verkaufssatz werden: „Gegen Bezahlung geht es sofort.“

7.7 Checkliste: Neue Sprechstundenorganisation

- Erfassen Sie die tatsächliche Auslastung und vermeidbare Mehrfachkontakte.
- Planen Sie ärztliche Zeit, Personal und Räume gemeinsam.
- Prüfen Sie rechtliche Mindestzeiten und fachliche Versorgungspflichten.
- Legen Sie Regeln für akute Anliegen, Überlauf und ärztliche Rücksprache fest.
- Dokumentieren Sie reale Engpässe und konkrete Entscheidungen.
- Aktualisieren Sie KV-Meldung, Praxisschild und alle Buchungskanäle.
- Prüfen Sie nach dem Start Versorgung, Beschwerden, Belastung und Wirtschaftlichkeit.

8 Privatsprechstunden aufbauen: Einstieg in die Teilprivatisierung

Eine zusätzliche Privatsprechstunde ist für viele Praxen der zweckmäßigste erste Schritt. Sie erlaubt, ein eigenes Versorgungskonzept zu erproben, ohne sofort die vertragsärztliche Zulassung zu verändern. Ihr Vorteil liegt nicht allein im Honorar. Die Praxis kann Termine, Beratungstiefe und organisatorische Abläufe auf ein klar beschriebenes Anliegen ausrichten. Patienten erhalten eine erkennbare Wahlmöglichkeit. Ob daraus ein wirtschaftlich tragfähiger Bereich entsteht, entscheidet sich an tatsächlicher Nachfrage, Kosten, Qualität und verlässlichen Abläufen.

8.1 Zuerst das Angebot, dann das Zeitfenster

Der Ausgangspunkt ist eine ärztlich beantwortbare Frage: Welchen zusätzlichen Nutzen soll das Angebot haben? Denkbar sind eine spezialisierte Zweitbeurteilung, eine ausführliche Beratung zu einem individuellen Anliegen oder ein fachlich verantwortbares Leistungsangebot außerhalb der GKV-Versorgung. Eine längere Beratung allein macht eine im konkreten Fall geschuldete GKV-Leistung allerdings nicht zur IGeL. Wird eine GKV-Leistung privat gewählt, gelten die besonderen Voraussetzungen des freiwilligen Selbstzahlerwunsches.

Beschreiben Sie für jedes Angebot den Anlass, die Zielgruppe, die fachliche Zuständigkeit, den vorgesehenen Ablauf und die Grenzen. Ein Konzept wie „Privatsprechstunde für die Abklärung komplexer Beschwerden“ ist noch zu unbestimmt, wenn weder Zeitbedarf noch mögliche Zusatzuntersuchungen oder Befundwege feststehen. Besser ist ein konkreter Ablauf: Vorunterlagen werden gesichtet, das Beratungsziel wird geklärt, die ärztliche Untersuchung wird nach Bedarf festgelegt, und der Patient erhält einen nachvollziehbaren Abschluss- oder Weiterbehandlungsplan. Nicht jede dieser organisatorischen Tätigkeiten ist gesondert berechnungsfähig.

Erst danach werden Zeitfenster eingerichtet. Die vorhandene GKV-Organisation muss ihren rechtlichen Anforderungen weiterhin genügen. Es ist kein belastbares Konzept, zunächst den Kalender für GKV-Patienten zu sperren und die neu geschaffene Knappheit anschließend als Begründung für Privatangebote zu verwenden. Das zulässige Ziel ist eine eigenständige privatärztliche Kapazität innerhalb einer insgesamt pflichtgemäß organisierten Praxis.

8.2 Drei Patientengruppen organisatorisch unterscheiden

Bei privat versicherten Patienten sind Vertragspartner, Rechnungsadresse und gegebenenfalls besondere Tarifbindungen zu klären. Die Praxis verspricht keine vollständige Erstattung allein aufgrund des Versicherungsstatus. Bei gesetzlich Versicherten, die eine GKV-Leistung privat wählen, wird deren ausdrücklicher, unbeeinflusster Wunsch vor Behandlungsbeginn schriftlich festgehalten. Bei echten IGeL wird die konkrete Zusatzleistung vereinbart; die übrige GKV-Behandlung bleibt hiervon unberührt. Diese drei Situationen sollten im Praxisverwaltungssystem unterscheidbar sein.

Für das Team ist diese Unterscheidung wichtiger als ein allgemeines Feld „Privatpatient“. Ein GKV-Versicherter wird durch eine einzelne Privatbehandlung nicht Mitglied der PKV. Ebenso entscheidet eine Buchungsart nicht automatisch über die gesamte weitere Versorgung. Jeder weitere Behandlungsabschnitt muss rechtlich und medizinisch richtig zugeordnet werden. Eine ausdrückliche Vereinbarung darf weder rückdatiert noch durch eine lediglich interne Kennzeichnung ersetzt werden.

8.3 Der Ablauf vom Erstkontakt bis zur Rechnung

Beim ersten Kontakt werden das Anliegen und gegebenenfalls die medizinische Dringlichkeit geklärt. Das Team erläutert den Charakter des Angebots, ohne eine medizinische Indikation zu versprechen. Bei einem freiwilligen Selbstzahlerwunsch für eine GKV-Leistung dokumentiert es, wie dieser Wunsch geäußert wurde. Eine neutrale Onlinebuchung kann den eigenen Wunsch erkennen lassen, ersetzt aber nicht die vorgeschriebene Vereinbarung und Kosteninformation.

Vor der Behandlung werden der Leistungsumfang und die voraussichtlichen Kosten in geeigneter Form erläutert. Sind zusätzliche Untersuchungen möglich, werden deren Anlass und Kostenrahmen besprochen, soweit dies vorab absehbar ist. Ein pauschaler Hinweis „Es können weitere Kosten entstehen“ ist organisatorisch schwach. Besser ist eine klare Grenze: Weitere nicht dringliche Leistungen werden erst nach erneuter Besprechung und Zustimmung veranlasst. Der Patient erfährt auch, ob Labor, Pathologie oder andere beteiligte Ärzte eigene Rechnungen stellen.

Nach der Behandlung werden Befunde, Empfehlungen und weitere Versorgung festgehalten. Die Rechnung bildet die tatsächlich erbrachten Leistungen ab. Die PVS kann bereits vor dem Start prüfen, ob die geplante Dokumentation eine nachvollziehbare GOÄ-Abrechnung ermöglicht, und anschließend Rechnungsversand, Rückfragen und Zahlungsabwicklung im vereinbarten Umfang übernehmen. Ihre Einbindung darf nicht erst beginnen, wenn sich ungeklärte Leistungszusagen in Beschwerden verwandelt haben.

8.4 Website und Buchungsportal als Teil des Versorgungskonzepts

Die Terminarten müssen verständlich bezeichnet werden. „Privatsprechstunde - Behandlung auf eigene Kosten nach vorheriger Vereinbarung“ ist aussagekräftiger als „Premiumtermin“. Sichtbar bleiben auch die regulären GKV-Kontaktwege und die offene Sprechstunde, soweit vorgesehen. Eine Gestaltung, die GKV-Termine versteckt und Selbstzahlerangebote hervorgehoben als einzigen Ausweg präsentiert, kann die Freiwilligkeit beeinträchtigen.

Wird auf eine fehlende GKV-Kapazität hingewiesen, folgt darauf kein automatischer Verkaufsdialog. Fragt der Patient selbst nach einer privaten Möglichkeit, darf sachlich Auskunft gegeben werden. Dabei wird nicht nur ein früherer Termin genannt, sondern die Entscheidungssituation vollständig erklärt: eigene Kosten, keine zugesicherte Erstattung, mögliche Folgekosten und Fortbestand des GKV-Versorgungswegs. Ein gesondertes Entgelt allein für die Terminvergabe ist kein zulässiges Geschäftsmodell.

8.5 Den Pilotbetrieb auswerten

Für einen ersten Zeitraum werden wenige, klar abgegrenzte Angebote gewählt. Die Praxis misst die tatsächliche Dauer, den Erlös nach Korrekturen, die direkten Kosten, den Beratungsaufwand am Empfang und die Zahl ungeklärter Rechnungsfragen. Zugleich kontrolliert sie, ob laufende GKV-Behandlungen und dringliche Anliegen weiterhin angemessen versorgt werden. Erst wenn medizinische Qualität, rechtliche Trennung und Wirtschaftlichkeit gemeinsam stimmen, wird das Angebot ausgeweitet.

Die aktuelle Fachdebatte bestätigt den Bedarf an einer solchen geordneten Neuorganisation.

8.6 Kommunikation mit Patienten und Team

„Sie fragen nach einer privatärztlichen Behandlung. Gern erläutern wir Ihnen, welche Leistungen dafür in Betracht kommen und welche Kosten voraussichtlich entstehen. Ihre gesetzliche Versicherung bleibt bestehen. Ohne eine entsprechende Zusage Ihrer Krankenkasse sollten Sie davon ausgehen, dass Sie die privaten Kosten selbst tragen. Sie entscheiden erst nach dieser Information.“

Das Team erhält zusätzlich die interne Regel: Die Wahl wird dokumentiert, nicht erzeugt. Fragen zur medizinischen Notwendigkeit gehen an den Arzt. Fragen zu einer Rechnung werden an die zuständige Stelle in der Praxis oder an die beauftragte PVS weitergeleitet, ohne die medizinische Begründung zu erfinden.

8.7 Checkliste: Privatsprechstunde starten

- Beschreiben Sie das konkrete ärztliche Angebot und seinen Leistungsumfang.
- Prüfen Sie die Vereinbarkeit mit dem fortbestehenden GKV-Versorgungsauftrag.
- Unterscheiden Sie Privatversicherung, freiwillige Privatwahl einer GKV-Leistung und echte IGeL.
- Richten Sie verständliche Terminarten und gleichwertig auffindbare GKV-Kontaktwege ein.
- Bereiten Sie Kosteninformation, Vereinbarungen und Hinweise auf Fremdrechnungen vor.
- Schulen Sie das Team zur Eigeninitiative des Patienten und zum Verbot der Umleitung.
- Testen Sie Dokumentation, private Verordnungen und Abrechnung gemeinsam mit der PVS.
- Werten Sie Versorgung, Zeitbedarf, Erlös und Beschwerden aus, bevor Sie erweitern.

9 IGeL als Ausdruck verantworteter Wahlfreiheit

Individuelle Gesundheitsleistungen erweitern die Möglichkeiten gesetzlich Versicherter. Ihr berechtigter Platz liegt dort, wo ein Mensch eine fachlich verantwortbare Leistung wünscht, die in seiner konkreten Situation nicht zur geschuldeten GKV-Versorgung gehört. Ein solcher Wunsch verdient eine sachliche ärztliche Antwort und nicht den pauschalen Verdacht, Selbstzahlung sei medizinisch oder moralisch minderwertig. Ebenso wenig darf das Interesse der Praxis an zusätzlichen Einnahmen die medizinische Bewertung ersetzen. Beides gehört zu einer positiven, glaubwürdigen IGeL-Kultur.

9.1 Den Nutzen individuell bestimmen

Leistungen sind nach unterschiedlicher Zielsetzung und Evidenz zu unterscheiden. Dazu gehören etwa freizeitbezogene Tauglichkeitsuntersuchungen, bestimmte Bescheinigungen und medizinisch vertretbare kosmetische Leistungen.

Ein tragfähiges Angebot beantwortet drei Fragen. Erstens: Welches konkrete Anliegen hat der Patient? Zweitens: Welche medizinische Aussage oder Veränderung kann die Leistung tatsächlich erreichen? Drittens: Ist gerade dieser Leistungsumfang für diesen Menschen sinnvoll oder zumindest vertretbar? Die Antwort kann eine Empfehlung sein. Sie kann aber auch lauten, dass eine Untersuchung nicht benötigt wird oder dass eine GKV-Leistung Vorrang hat.

Patientensouveränität erschöpft sich nicht darin, eine Unterschrift zu erhalten. Sie setzt eine verständliche Entscheidungsgrundlage voraus. Ein Patient darf andere persönliche Prioritäten setzen als ein solidarisch finanzierter Leistungskatalog. Er kann beispielsweise eine Bescheinigung für eine besondere Freizeitaktivität benötigen oder eine medizinisch vertretbare kosmetische Veränderung wünschen. Die Praxis hilft, diesen Wunsch in eine fachlich angemessene Entscheidung zu übersetzen. Sie schuldet keine erfundene Krankheitsindikation, um eine gewünschte Leistung zu rechtfertigen.

9.2 Was eine echte IGeL ist – und was nicht

Die Einordnung erfolgt immer anhand der konkreten Indikation und der maßgeblichen GKV-Regeln. Dieselbe Untersuchungsmethode kann bei Beschwerden oder einem begründeten Verdacht eine Kassenleistung sein und in einer anderen Situation als zusätzliche Wunschleistung in Betracht kommen. Ein Angebot darf deshalb nicht allein anhand seines technischen Namens pauschal als IGeL bezeichnet werden. Auch Satzungsleistungen, besondere Verträge oder eine anderweitige Kostenträgerschaft sind zu berücksichtigen.

Drei Abgrenzungen sind wesentlich. Ein ausgeschöpftes Praxisbudget verwandelt eine GKV-Leistung nicht in eine IGeL. Eine fehlende Genehmigung der eigenen Praxis ändert nicht automatisch den Leistungsanspruch des Versicherten. Und ein Wunsch nach einem früheren Termin ist keine eigenständige medizinische Zusatzleistung. Diese Fälle gehören gegebenenfalls in die gesonderte Prüfung einer freiwilligen Privatbehandlung, nicht in den IGeL-Katalog.

Anders als bei der Privatwahl einer zustehenden GKV-Leistung darf der Arzt ein echtes zusätzliches Angebot sachlich vorstellen. Es gibt keine allgemeine Regel, nach der jede IGeL ausschließlich vom Patienten angesprochen werden müsste. Entscheidend sind die zutreffende Einordnung, medizinische Vertretbarkeit, ergebnisoffene Beratung und die vorherige schriftliche Zustimmung zur privaten Leistungserbringung. Eine bestehende GKV-Behandlung darf nicht von deren Annahme abhängig gemacht werden.

9.3 Ein verantwortbares Leistungsportfolio entwickeln

Für jedes neue Angebot wird ein internes Leistungsblatt erstellt. Darin stehen Anlass, Zielgruppe, Ausschlusskriterien, fachliche Qualifikation, aktuelle fachliche Grundlage, mögliche GKV-Alternativen, Risiken, Folgeentscheidungen und Abrechnung. Bei einer diagnostischen Leistung ist besonders wichtig, was aus einem auffälligen Ergebnis folgt. Eine Untersuchung ohne geklärten Befund- und Weiterbehandlungsweg ist kein vollständiges Angebot.

Bei Leistungen rund um Reisen und Sport wird zunächst geprüft, ob im Einzelfall eine Krankenkasse, ein Arbeitgeber oder ein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Bei Bescheinigungen wird geklärt, welche Untersuchung tatsächlich erforderlich ist. Bei kosmetischen Eingriffen werden realistische Ergebnisse, Risiken, Nachbehandlung und Kosten besonders sorgfältig besprochen. Bei Früherkennungsangeboten genügt die Aussage „Je früher, desto besser“ nicht. Nutzen, Fehlalarme, Überdiagnosen und mögliche Folgeeingriffe gehören in die Entscheidung.

Diese Handreichung empfiehlt keine bestimmte umstrittene Untersuchung für alle Patienten. Sie kann eine aktuelle leitlinienbezogene Prüfung des einzelnen Angebots nicht ersetzen. Neue Leistungen sollten daher nur nach fachlicher Freigabe in den Katalog aufgenommen werden. Ein bloßer Herstellerprospekt oder die Verfügbarkeit eines Geräts reichen dafür nicht.

9.4 Evidenz verständlich erklären

Zur Beratung gehört die Unterscheidung zwischen einem plausiblen Wirkmechanismus, einem nachgewiesenen diagnostischen Effekt und einem belegten Nutzen für die Gesundheit. Ein Test kann eine Auffälligkeit entdecken, ohne dass daraus für jede untersuchte Person ein Vorteil entsteht. Umgekehrt ist die fehlende Aufnahme in den GKV-Katalog für sich allein kein Beweis der Nutzlosigkeit. Maßgeblich sind die konkrete Fragestellung, die verfügbaren Erkenntnisse und die persönliche Situation.

Erklären Sie deshalb nicht nur, was eine Leistung kann, sondern auch, was sie nicht klärt. Wo belastbare Zahlen vorhanden sind, sollten absolute Häufigkeiten und ein einheitlicher Bezugsrahmen verwendet werden. Wo Unsicherheit besteht, wird sie benannt. Ein ehrlicher Satz wie „Für einen Vorteil bei Menschen in Ihrer Situation gibt es bislang keine verlässliche Grundlage“ ist mit einer positiven Haltung zur Wahlfreiheit vereinbar. Er ermöglicht erst die selbstbestimmte Entscheidung.

Es ist auch legitim, von einer gewünschten Leistung abzuraten. Die freie Entscheidung des Patienten hebt die ärztliche Verantwortung nicht auf. Nicht vertretbare Leistungen gehören nicht in das Angebot, auch dann nicht, wenn jemand sie bezahlen würde. Die Praxis gewinnt ein eigenständiges Profil gerade dadurch, dass sie medizinische Grenzen erklärt.

9.5 Beratung, Vertrag und Behandlung in der richtigen Reihenfolge

Zuerst werden Anlass und Leistungsanspruch geklärt. Danach erläutert der Arzt den Nutzen, die Grenzen, die Risiken und die Alternativen. Anschließend werden Kosten und gegebenenfalls weitere Rechnungssteller benannt. Der Patient erhält eine angemessene Entscheidungszeit. Erst vor der Durchführung werden die konkrete private Leistung und die Kostenübernahme schriftlich vereinbart. Die medizinische Einwilligung wird zusätzlich ordnungsgemäß eingeholt. Ein Formular ersetzt das erforderliche Gespräch nicht.

Für einfache, überschaubare Leistungen kann dieser Ablauf in einem Termin stattfinden, sofern tatsächlich eine freie und informierte Entscheidung möglich ist. Bei eingriffsintensiven oder komplexen Angeboten ist eine

getrennte Beratung oft sinnvoller. Eine gesetzlich starre Bedenkzeit für sämtliche IGeL wird hier nicht behauptet. Die Zeit muss der Bedeutung und den Risiken der konkreten Entscheidung entsprechen.

Eine Nichtannahme wird sachlich dokumentiert, ohne einen Patienten als „schwierig“ oder „nicht kooperativ“ zu kennzeichnen. Eine allgemeine Unterschrift, alle denkbaren Zusatzleistungen auf Dauer zu akzeptieren, ist kein guter Ersatz für konkrete Vereinbarungen. Ebenso wenig sollte eine Haftungsfreistellung für die Ablehnung einer optionalen Leistung verwendet werden, um Druck aufzubauen.

9.6 GKV und IGeL in derselben Sitzung

Eine gemeinsame Sitzung ist nicht schlechthin ausgeschlossen. Voraussetzung ist, dass beide Leistungen voneinander trennbar sind und jeweils vollständig erbracht sowie korrekt dokumentiert werden. Teile einer GKV-Leistung dürfen nicht nochmals privat abgerechnet werden. Wo die Trennung unklar ist, wird vorab eine fachliche und abrechnungsrechtliche Bewertung eingeholt. Getrennte Termine können die Organisation erleichtern, heilen aber keine inhaltlich unzulässige Doppelabrechnung.

Entsteht während einer Zusatzuntersuchung ein neuer medizinischer Abklärungsbedarf, wird dieser neu bewertet. Daraus folgt weder automatisch eine unbegrenzte private Behandlungskette noch eine garantierte Kostenübernahme durch die GKV. Dringlichkeit, Leistungsanspruch und der geeignete weitere Versorgungsweg werden mit dem Patienten besprochen. Das Ergebnis wird dokumentiert.

9.7 Ein positives IGeL-Gespräch

Eine sinnvolle Eröffnung lautet: „Für Ihr Anliegen gibt es neben der vorgesehenen Versorgung eine zusätzliche Möglichkeit. Ich erläutere Ihnen, welchen Nutzen sie in Ihrer Situation haben kann und welche Grenzen bestehen. Danach entscheiden Sie, ob Sie diese Leistung möchten.“ Es folgt keine pauschale Abwertung der Kassenversorgung und keine Dramatisierung möglicher Folgen der Ablehnung.

Das Team kann die Organisation erklären, Unterlagen aushändigen, Fragen sammeln und Kosteninformationen übermitteln. Die individuelle medizinische Aufklärung bleibt ärztlich. Verkaufsquoten, die den Erfolg eines Mitarbeiters allein an angenommenen IGeL messen, sind für dieses Konzept ungeeignet. Bessere Qualitätsziele sind vollständige Aufklärung, korrekte Vereinbarungen, verständliche Rechnungen und ein respektierter Patientenentscheid.

9.8 Die PVS als Partner des IGeL-Angebots

Die PVS kann bei der Übersetzung des medizinisch definierten Angebots in einen transparenten Abrechnungsprozess unterstützen: passende GOÄ-Positionen, gegebenenfalls eine begründete Analogbewertung, Kosteninformation, formale Rechnungsprüfung und Bearbeitung von Abrechnungsrückfragen. Sie entscheidet nicht über die medizinische Indikation. Praxis und PVS sollten vor dem Start festlegen, welche Unterlagen benötigt werden und wer bei einer Abweichung zwischen Kosteninformation und tatsächlicher Behandlung den Patienten anspricht.

9.9 Checkliste: IGeL medizinisch und wirtschaftlich verantwortlich anbieten

- Klären Sie den konkreten Patientenwunsch und eine mögliche GKV-Leistungspflicht.
- Prüfen Sie fachliche Qualifikation, Evidenz, Risiken und Alternativen.
- Beschreiben Sie Nutzen und Grenzen ohne Erfolgsversprechen.
- Legen Sie den Umgang mit auffälligen Befunden und Folgebehandlungen fest.
- Informieren Sie vorab über die voraussichtlichen Kosten und weitere Rechnungssteller.
- Holen Sie die erforderliche schriftliche Vereinbarung und medizinische Einwilligung ein.
- Gewähren Sie eine angemessene Entscheidungszeit und respektieren Sie die Ablehnung.
- Stellen Sie die Trennbarkeit gegenüber gleichzeitig erbrachten GKV-Leistungen sicher.
- Prüfen Sie Abrechnung und gegebenenfalls Umsatzsteuer vor der Einführung.
- Aktualisieren Sie das Leistungsblatt regelmäßig und bei relevanten fachlichen Änderungen.

10 Selbstzahler, Kostenerstattung und private Verordnungen

Gesetzlich Versicherte können eine private Behandlung wählen, ohne ihre gesetzliche Krankenversicherung aufzugeben. Diese Möglichkeit ist ein wichtiger Ausdruck ihrer Selbstbestimmung. Für ein gutes Angebot muss die Praxis jedoch drei Fragen getrennt beantworten: Wer behandelt? Wer schuldet das Honorar? Und wer erstattet dem Patienten gegebenenfalls Kosten? Eine private Rechnung beantwortet nur die ersten beiden Fragen. Sie begründet nicht von selbst einen Anspruch gegen die Krankenkasse.

10.1 Die einzelne freiwillige Privatbehandlung

Ein GKV-Versicherter kann eine bestimmte Behandlung ausdrücklich auf eigene Kosten verlangen. In der Vertragsarztpraxis setzt die Privatwahl einer sonst zustehenden GKV-Leistung den unbeeinflussten Wunsch und dessen schriftliche Erklärung vor Behandlungsbeginn voraus. Die Praxis weist auf den bestehenden GKV-Versorgungsweg hin und erläutert die Kostenfolgen. Sie darf weder eine Kostenerstattung versprechen noch den Eindruck erwecken, der Patient verliere durch die private Entscheidung generell seine GKV-Mitgliedschaft.

Der Umfang muss konkret beschrieben sein. „Privatbehandlung“ kann eine bestimmte Untersuchung mit zugehöriger Beratung und Befundbesprechung bezeichnen. Sie sollte nicht unklar als unbegrenzte Vollmacht für alle künftigen Leistungen verstanden werden. Zugleich darf eine medizinisch und abrechnungstechnisch unteilbare Behandlung nicht willkürlich in einen GKV-Grundteil und einen privaten Aufpreis zerlegt werden.

10.2 Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V

Die Wahl der Kostenerstattung ist ein anderer Weg als eine einzelne Selbstzahlervereinbarung. Versicherte informieren ihre Krankenkasse vor der Inanspruchnahme und können die Wahl auf bestimmte Versorgungsbereiche beschränken. Die gesetzliche Mindestbindung beträgt ein Kalendervierteljahr. Erstattet wird grundsätzlich höchstens, was die Krankenkasse bei entsprechender Sachleistung zu tragen hätte; satzungsmäßige Abschläge für Verwaltungskosten können hinzukommen, gesetzlich begrenzt auf höchstens fünf Prozent. Die Differenz zu einer GOÄ-Rechnung kann erheblich sein.

Besonders wichtig für reine Privatpraxen: Die Wahl der Kostenerstattung berechtigt nicht automatisch zur erstattungsfähigen Behandlung bei jedem beliebigen Anbieter. Für Leistungserbringer außerhalb des im Gesetz bezeichneten Kreises ist die vorherige Zustimmung der Krankenkasse erforderlich. Die gesetzlichen Voraussetzungen und die konkrete Zusage müssen vor Behandlungsbeginn geklärt sein. Die Aussage „Mit Kostenerstattung können Sie jede Privatpraxis problemlos nutzen“ ist deshalb falsch.

Die Praxis stellt auf Wunsch eine konkrete Leistungs- und Kosteninformation bereit. Der Patient klärt mit seiner Krankenkasse die gewählten Bereiche, den Beginn der Bindung, die Erstattungsvoraussetzungen und die Anerkennung des Leistungserbringers. Die erhaltene Auskunft wird nicht durch eine Vermutung des Empfangspersonals ersetzt. Ein privater Zusatzversicherungsschutz ist gesondert anhand des tatsächlichen Vertrags zu prüfen.¹⁸

10.3 Seltener Erstattungsfälle nicht als Standardmodell verkaufen

§ 13 Abs. 3 SGB V kann unter seinen besonderen Voraussetzungen eine Kostenerstattung bei einer nicht rechtzeitig erbrachten unaufschiebbaren Leistung oder einer rechtswidrigen Ablehnung eröffnen. Daraus folgt kein allgemeiner Anspruch auf Erstattung jeder Privatbehandlung wegen langer Wartezeiten. Das konkrete Leistungsrecht, der Beschaffungsweg und der Zusammenhang zwischen Versagen der Versorgung und Selbstbeschaffung sind zu prüfen. Wo Zeit besteht, wird die Krankenkasse vor einer kostenpflichtigen Behandlung einbezogen. Dringliche medizinische Hilfe darf dadurch nicht verzögert werden.

Auch Hinweise auf eine neue Leistung, die noch nicht abrechnungstechnisch umgesetzt ist, sind sorgfältig einzuordnen. Ein Systemversagen ist keine allgemeine Freigabe, beliebige neue Methoden privat zu berechnen und eine Erstattung zuzusagen. Ein solcher Fall verlangt eine individuelle leistungsrechtliche Prüfung.

10.4 Verordnungen und Fremdleistungen mitdenken

Nach KBV-Information ist die privat gewählte Behandlung grundsätzlich auch hinsichtlich ihrer Verordnungen privat zu organisieren.

Patienten müssen deshalb nicht nur das ärztliche Honorar, sondern gegebenenfalls Arzneimittel, Heilmittel, Labor- und weitere Kosten berücksichtigen. Eine Praxis sollte nicht damit werben, der Patient zahle lediglich die Beratung, während sämtliche daraus entstehenden Leistungen automatisch zulasten der GKV verordnet würden.

Davon zu unterscheiden ist eine spätere, eigenständig indizierte Behandlung im GKV-System. Sie bleibt nach den dort geltenden Regeln möglich. Ein weiterbehandelnder Vertragsarzt entscheidet jedoch selbst über Diagnostik und Verordnungen. Er ist kein bloßer Umtauscher privater Rezepte. Die Übermittlung von Befunden und Empfehlungen dient der medizinischen Kontinuität und ersetzt nicht seine eigene Verantwortung.

Bei Kooperationen klärt die Privatpraxis vorab, welche Partner selbst abrechnen. Der Patient erfährt, welche Leistung von wem erbracht wird. Ungeplante Fremdrechnungen sind ein vermeidbarer Vertrauensverlust. Die PVS kann den eigenen Rechnungsprozess erläutern und im vereinbarten Rahmen bei Erstattungsrückfragen unterstützen; sie gibt keine Garantie für die Entscheidung eines Versicherers.

10.5 Kommunikation mit Patienten und Team

„Die private Behandlung und eine mögliche Kostenerstattung sind zwei getrennte Fragen. Wir sagen Ihnen, was voraussichtlich berechnet wird. Ob und in welcher Höhe Ihre Krankenkasse oder Zusatzversicherung erstattet, müssen Sie vorab dort klären. Bei einer reinen Selbstzahlerbehandlung tragen Sie die vereinbarten Kosten selbst. Zu den Kosten können auch privat verordnete Arzneimittel oder Rechnungen anderer Behandler gehören.“

10.6 Checkliste: Den Zahlungsweg vor der Behandlung klären

- Unterscheiden Sie einzelne Selbstzahlung, gewählte Kostenerstattung und besondere Erstattungsfälle.
- Prüfen Sie bei GKV-Leistungen den ausdrücklichen eigenen Privatwunsch.
- Definieren Sie den konkreten privaten Behandlungsumfang.
- Erläutern Sie Honorar, Verordnungen und mögliche Fremdrechnungen.
- Verweisen Sie bei Kostenerstattung auf die vorherige Klärung mit der Krankenkasse.
- Prüfen Sie bei einer Privatpraxis die notwendige vorherige Zustimmung zum Leistungserbringer.
- Machen Sie keine Zusage über eine fremde Erstattungsentscheidung.
- Sorgen Sie für einen nachvollziehbaren Befund- und Weiterbehandlungsweg.

11 Leistungsangebot, Investitionen und Kooperationen neu ausrichten

Privatisierung beginnt nicht immer mit einer zusätzlichen Sprechstunde. Oft liegt der größere Gestaltungsspielraum in der Frage, welche Leistungen eine Praxis selbst vorhalten will, welche Investitionen sinnvoll sind und welche Kooperationen ihre fachliche Arbeit stärken. Die wirtschaftliche Analyse soll dabei zu echten Strukturentscheidungen führen, nicht zu bloßen Etikettenwechseln.

11.1 Jede Leistung als Versorgungskette betrachten

Ermitteln Sie für wichtige Leistungsbereiche nicht nur den Erlös pro Untersuchung. Zur Versorgungskette gehören Vorbereitung, Aufklärung, Material, Hygiene, Dokumentation, Befundung, Rückfragen und Nachsorge. Eine vermeintlich rentable Leistung kann durch unzureichend geplante Folgearbeit wirtschaftlich schwach sein. Umgekehrt kann ein gut organisierter Bereich mit maßvollem Honorar wesentlich zur Kontinuität und zum Profil der Praxis beitragen.

Für eine neue privatärztliche Spezialisierung wird eine eigene Planung erstellt. Die zentrale Frage lautet nicht, ob eine Technologie modern klingt, sondern ob eine ausreichende Zahl von Patienten ein medizinisch sinnvolles, fachlich beherrschtes Angebot tatsächlich nachfragen wird. Investitionsangebote werden deshalb nicht allein anhand optimistischer Herstellerrechnungen bewertet. Die PVS kann die abrechnungsbezogenen Annahmen prüfen; eine gerätespezifische Finanzierungs- und Steuerberatung bleibt gesondert erforderlich.

11.2 Nicht jede Ersatzinvestition ist vorgeschrieben

Die KBV weist darauf hin, dass keine allgemeine Pflicht besteht, jedes Gerät zu erneuern oder jede bisher nicht vorhandene GKV-Abrechnungsgenehmigung zu beantragen. Daraus folgt ein realer unternehmerischer Spielraum. Eine Praxis kann prüfen, ob eine Ersatzbeschaffung zu ihrem künftigen Schwerpunkt passt und wie sich ein Verzicht auf das medizinische Angebot und die Versorgung auswirkt.

Dieser Spielraum wird jedoch durch den übernommenen Versorgungsauftrag begrenzt. Wenn eine wesentliche Fachgebietsleistung weiterhin unter den erforderlichen Voraussetzungen erbracht werden kann, darf sie nicht allein zur Steigerung privater Einnahmen aus der GKV-Versorgung entfernt werden. Die gezielte Rückgabe einer Genehmigung, um anschließend dieselbe Leistung nur privat zu verkaufen, ist nach der KBV-Einordnung keine sichere Standardstrategie. Abweichende beratende Einschätzungen in Verbandsbeiträgen ersetzen keine Einzelfallprüfung.

Vor einer Änderung wird daher schriftlich festgehalten, was sich tatsächlich ändert: Qualifikation, Standort, Ausstattung, Personal, Sicherheitsanforderungen, Leistungsschwerpunkt oder Zulassungsumfang. Anschließend werden die zuständige KV und gegebenenfalls fachkundige Rechtsberatung einbezogen. Ein wirtschaftliches Motiv muss nicht verborgen werden; die rechtlichen Voraussetzungen müssen dennoch erfüllt sein.

11.3 Kooperationen statt unnötiger Parallelstrukturen

Kooperationen können es ermöglichen, hochwertige Diagnostik, OP-Kapazitäten oder besondere Beratung zugänglich zu machen, ohne jede Infrastruktur selbst zu finanzieren. Vor dem Start werden jedoch die Rollen geklärt: Wer schließt den Behandlungsvertrag, wer erbringt welche Leistung, wer haftet, wer dokumentiert, wer darf auf Daten zugreifen und wer rechnet ab? Eine gemeinsame Website beantwortet diese Fragen nicht.

Eine Praxisgemeinschaft, die lediglich Räume und Kosten teilt, ist etwas anderes als eine Berufsausübungsgemeinschaft mit gemeinsamer Behandlung und Abrechnung. Die konkrete Rechtsform und zulassungsrechtliche Gestaltung müssen zum tatsächlichen Betrieb passen. Gemeinsame Ressourcen dürfen weder zu einer unklaren Patientensteuerung noch zu verdeckter Doppelabrechnung führen. Die datenschutzrechtliche Trennung ist insbesondere bei bloßer Kosten- oder Raumgemeinschaft zu sichern.

Ein zusätzlicher privater Standort entbindet einen weiterhin zugelassenen Arzt nicht von den Pflichten am Vertragsarztsitz. Auch fachliche Grenzen und erforderliche Genehmigungen bestehen nicht nur im GKV-Bereich. Das gilt beispielsweise für den sicheren Betrieb von Medizinprodukten und für besondere Anforderungen an Räume oder Untersuchungsverfahren.

11.4 Vor einer Entscheidung die Ausstiegskosten kennen

Eine Leistung einzustellen kann Folgekosten auslösen: fortbestehende Leasingraten, nicht kurzfristig anpassbare Arbeitsverträge, notwendige Nachsorge, geänderte Raumnutzung oder verlorene Kooperationsmöglichkeiten. Umgekehrt bindet eine neue Investition Kapital und Arbeitszeit. Die Rechnung muss deshalb sowohl den laufenden Betrieb als auch den Übergang erfassen.

Ein sinnvoller Entscheidungsbogen enthält die medizinische Bedeutung, die rechtlichen Voraussetzungen, die wirtschaftlichen Szenarien, die Patientenauswirkungen und die verantwortlichen Personen. Erst wenn diese Punkte geklärt sind, werden Kündigungen, neue Verträge oder Änderungsanzeigen abgegeben. Die PVS liefert hierzu insbesondere belastbare Abrechnungs- und Auswertungsdaten, soweit diese bei ihr vorhanden sind oder von der Praxis bereitgestellt werden.

11.5 Kommunikation mit Patienten und Team

„Wir verändern unser Leistungsangebot ab dem genannten Zeitpunkt. Ihre bereits begonnene Behandlung wird geordnet weitergeführt. Für die Untersuchung, die wir künftig nicht mehr selbst anbieten, besprechen wir den medizinisch geeigneten Versorgungsweg. Ein privates Angebot ist davon zu unterscheiden und wird nicht zur Voraussetzung Ihrer weiteren Versorgung gemacht.“

11.6 Checkliste: Leistung oder Investition verändern

- Erfassen Sie die gesamte Versorgungskette und nicht nur den unmittelbaren Untersuchungserlös.
- Prüfen Sie wesentliche Fachgebietsleistungen und vorhandene Genehmigungen.
- Dokumentieren Sie den tatsächlichen strukturellen Grund der Veränderung.
- Bewerten Sie Investitions-, Betriebs-, Vertrags- und Ausstiegskosten.
- Klären Sie in Kooperationen Behandlung, Haftung, Datenzugriff und Abrechnung.
- Planen Sie laufende Behandlungen und die Information betroffener Patienten.
- Lassen Sie zweifelhafte Genehmigungs- oder Zulassungsfragen vor der Umsetzung prüfen.

12 Versorgungsauftrag reduzieren und Mischpraxis gestalten

Eine formale Teilreduzierung kann die passende Antwort sein, wenn eine Praxis dauerhaft mehr privatärztlich arbeiten will. Sie ist nicht notwendig ein Rückzug aus dem Beruf. Sie kann eine neue Gewichtung ermöglichen: ein verlässlich erfüllter, kleinerer GKV-Versorgungsauftrag neben einem eigenständigen privaten Schwerpunkt. Damit wird die Organisation an die tatsächliche Berufsausübung angepasst, statt Pflichten auf dem Papier unverändert zu lassen.

12.1 Was sich rechtlich ändert

Nach § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV kann der Versorgungsauftrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss auf drei Viertel oder die Hälfte beschränkt werden. Daraus ergeben sich anteilige Mindestsprechstunden: 18 Stunden und 45 Minuten beziehungsweise 12 Stunden und 30 Minuten wöchentlich. Soweit eine Pflicht zur offenen Sprechstunde besteht, reduziert auch sie sich anteilig. Die fachlichen und sonstigen Pflichten bleiben im Umfang der verbleibenden Teilnahme bestehen.

Die Teilreduzierung ist von einer bloßen Stundenkürzung im Praxiskalender zu unterscheiden. Ob ein bestimmter Wirksamkeitstermin erreichbar ist und welche Unterlagen erforderlich sind, wird vorab mit der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses geklärt. Eine automatische Rückkehr zur vollen Zulassung sollte nicht unterstellt werden. Eine spätere Erweiterung unterliegt dem dafür vorgesehenen Verfahren und der jeweiligen Zulassungssituation.¹⁹

12.2 Erst rechnen, dann erklären

Die wirtschaftliche Rechnung umfasst mindestens drei Szenarien: unveränderte Teilnahme mit verbesserter Organisation, Dreiviertelauftrag und halber Auftrag. Dabei ist zu prüfen, wie sich der regionale HVM, Genehmigungen, Kooperationsverträge und besondere Versorgungsmodelle auswirken. Ein um ein Viertel reduzierter Versorgungsauftrag bedeutet nicht zwingend ein exakt um ein Viertel sinkendes Honorar. Die tatsächliche Honorarwirkung ist anhand der regionalen Regeln zu bestimmen.

Auf der Kostenseite ist entscheidend, welche Ausgaben tatsächlich anpassbar sind. Miet- und Leasingkosten bleiben häufig bestehen. Personal wird nicht allein deshalb rechtlich frei verfügbar, weil sich der Umfang der Zulassung ändert. Private Zusatzkapazität kann dieselben Räume sinnvoll nutzen, benötigt aber gegebenenfalls andere Arbeitszeiten und Qualifikationen. Ein tragfähiges Konzept verbindet daher Erlösplanung, Personalplanung und Vertragsprüfung.

Die PVS sollte bereits in dieser Phase einbezogen werden. Sie kann vorhandene private Abrechnungsdaten auswerten und die Annahmen für einen neuen Leistungsbereich mit der geplanten Dokumentation und GOÄ-

Abrechnung abgleichen. Eine Nachfrageprognose bleibt dennoch eine Prognose. Die Entscheidung darf nicht auf der Vorstellung beruhen, bisherige GKV-Patienten würden schon wegen der Praxisbindung automatisch private Rechnungen akzeptieren.

12.3 Den wegfallenden Anteil nicht vorschnell wirtschaftlich aufgeben

Vor der formalen Erklärung werden die zulassungsrechtlichen und wirtschaftlichen Folgen des frei werdenden Anteils geprüft. Je nach Situation können Nachbesetzung, eine andere zulässige Struktur oder die geordnete Übernahme von Praxisbestandteilen relevant sein. Der Zulassungsanteil ist jedoch kein beliebig handelbarer privater Vermögensgegenstand. Eine wirtschaftliche Vereinbarung zwischen Ärzten ersetzt die Entscheidung des Zulassungsausschusses nicht.

Deshalb ist die Reihenfolge wichtig: Zunächst wird mit spezialisierter Beratung geklärt, welches Ziel erreicht werden soll und welche Verfahren dafür in Betracht kommen. Danach werden gegebenenfalls Vertragsentwürfe vorbereitet. Erst auf dieser Grundlage wird eine rechtlich passende Erklärung abgegeben. Ein Musterbrief aus dem Internet kann diese Abstimmung nicht ersetzen.

12.4 Den Übergang in der Versorgung planen

Die Praxis ermittelt alle laufenden Behandlungsserien, notwendigen Kontrollen und bereits vereinbarten Termine. Daraus entsteht ein Übergangsplan. Ein kleinerer Versorgungsauftrag berechtigt nicht dazu, begonnene Behandlungen unvermittelt abzubrechen oder ihre Fortsetzung von einer privaten Zahlung abhängig zu machen. Wo eine Weiterbehandlung in anderer Praxis erforderlich wird, werden Befunde und notwendige Informationen auf zulässigem Weg bereitgestellt.

Der neue Wochenplan wird erst zum tatsächlich geklärten Wirksamkeitstermin verbindlich umgesetzt. Auch Vertretung, Erreichbarkeit und offene Sprechstunden werden angepasst. Auf der Website muss erkennbar bleiben, wann und in welchem Rahmen die Praxis GKV-Leistungen anbietet. Das private Angebot kann daneben klar und positiv dargestellt werden, ohne die verbleibende GKV-Versorgung zu verstecken.

12.5 Die ersten beiden Quartale nachsteuern

Nach einer Teilreduzierung werden die tatsächlichen Honorarbescheide mit der Prognose verglichen. Werden private Termine weniger nachgefragt als erwartet, ist zunächst das Angebot zu überprüfen: Verständlichkeit, Bedarf, geeignete Zeiten, Aufwand und Qualität. Der Ausgleich darf nicht durch Druck auf verbliebene GKV-Patienten erfolgen. Ebenso ist zu kontrollieren, ob die GKV-Kapazität für die übernommenen Verpflichtungen sachgerecht organisiert ist.

Der Erfolg besteht nicht nur in einem höheren Privatanteil. Ein gutes Ergebnis kann auch eine geringere Arbeitsbelastung bei stabiler wirtschaftlicher Lage und verlässlicher Versorgung sein. Die Praxis sollte diese Ziele vorab festlegen und anhand eigener Kennzahlen bewerten.

12.6 Kommunikation mit Patienten und Team

„Wir richten unsere Praxis neu aus und werden ab dem bestätigten Zeitpunkt mit einem reduzierten vertragsärztlichen Versorgungsauftrag arbeiten. Unsere GKV-Sprechstunden bleiben in dem veröffentlichten Umfang bestehen. Bereits laufende Behandlungen planen wir mit Ihnen geordnet weiter. Daneben bauen wir ein eigenständiges privatärztliches Angebot auf. Dessen Nutzung ist freiwillig.“

12.7 Checkliste: Formale Teilreduzierung

- Vergleichen Sie unveränderte Teilnahme, Dreiviertelauftrag und halben Auftrag.
- Lassen Sie die konkrete Honorarwirkung anhand des regionalen HVM prüfen.
- Klären Sie die Folgen für Genehmigungen, besondere Verträge und den Praxiswert.
- Prüfen Sie mögliche Nachbesetzungs- oder Übertragungsstrukturen vor einer Erklärung.
- Stimmen Sie Form, Verfahren und Wirksamkeitstermin mit dem Zulassungsausschuss ab.
- Planen Sie Personal, laufende Behandlungen und Erreichbarkeit neu.
- Testen Sie den privaten Abrechnungsprozess mit der PVS.
- Informieren Sie Patienten ohne Umleitungsdruck und vergleichen Sie die ersten Ergebnisse mit der Planung.

13 Vollständige Privatisierung: Praxis konsequent neu gestalten

Eine reine Privatpraxis ist ein eigenständiges, legitimes Berufsmodell. Sie kann zur ärztlichen Arbeitsweise, zum Leistungsprofil und zur gewünschten unternehmerischen Unabhängigkeit besser passen als die fortgesetzte Teilnahme am GKV-System. Ihr Aufbau sollte deshalb nicht nur als Notmaßnahme nach wirtschaftlicher Erschöpfung betrachtet werden. Wer sich bewusst dafür entscheidet, kann seine Praxis frühzeitig auf ein klar beschriebenes privates Versorgungskonzept ausrichten.

Die wirtschaftlichen Vorteile sind allerdings nicht automatisch. Mit der regulären KV-Abrechnung entfällt zugleich eine wichtige Einnahmequelle. Die Privatpraxis muss ihre Nachfrage selbst gewinnen und ihre Honorare im Rahmen der geltenden GOÄ realisieren. Das Recht, privat zu behandeln, ist kein Anspruch auf ausreichende Patientenzahlen. Gerade deshalb gehören Marktanalyse, Liquidität und Verträge vor die Verzichtserklärung.

13.1 Ein tragfähiges Zielbild formulieren

Das Zielbild beschreibt, welche Patienten mit welchen Anliegen in die Praxis kommen sollen, warum sie dieses Angebot nutzen würden und wie die Versorgung organisiert wird. Eine Spezialisierung kann ein guter Ausgangspunkt sein. Sie muss fachlich tragfähig sein und tatsächlich nachgefragt werden. Ein ausschließlich aus der Unzufriedenheit mit der GKV abgeleitetes Konzept reicht nicht.

Zur Prüfung gehören das regionale Einzugsgebiet, die Erreichbarkeit, konkurrierende und ergänzende Angebote, das vorhandene ärztliche Profil und die wirtschaftliche Belastbarkeit bei langsamem Anlauf. Bestehende Patientenbindungen können helfen, dürfen aber nicht als sichere private Umsätze verbucht werden. Selbst eine hohe Zufriedenheit mit dem Arzt bedeutet nicht, dass ein Patient die künftigen privaten Kosten tragen kann oder will.

13.2 Praxiswert und Zulassung getrennt behandeln

Vor dem Ausscheiden wird geklärt, ob und wie Praxisbestandteile veräußert oder ein Nachbesetzungsverfahren genutzt werden können. In gesperrten Planungsbereichen ist das Verfahren nach § 103 SGB V besonders bedeutsam. Die privatrechtliche Veräußerung von Einrichtung, organisatorischen Strukturen und gegebenenfalls immateriellem Praxiswert ist von der öffentlich-rechtlichen Entscheidung über die Zulassung zu unterscheiden. Der Ausdruck „Kassensitz verkaufen“ verkürzt diese rechtlich verschiedenen Vorgänge.

Auch ein Kaufvertrag verpflichtet den Zulassungsausschuss nicht, den gewünschten Erwerber zuzulassen. Deshalb sind die Wirksamkeitsbedingungen und das Zusammenspiel der Erklärungen fachkundig zu gestalten. Besonders kritisch ist ein unkoordinierter sofortiger Verzicht, wenn eigentlich eine geordnete Nachfolge oder eine andere wirtschaftliche Gestaltung beabsichtigt ist.

Der PVS kommt hier eine wichtige vorbereitende Rolle zu: Sie kann den privaten Tätigkeitsanteil und dessen wirtschaftliche Entwicklung aufbereiten. Eine Bewertung des gesamten Praxiswerts, eine steuerliche

Strukturierung und die zulassungsrechtliche Vertragsgestaltung verlangen jedoch die jeweils zuständige Expertise. Wir empfehlen eine koordinierte Beratung, nicht die Verlagerung aller Fragen auf einen einzigen Dienstleister.

13.3 Den richtigen Zeitpunkt berechnen

Nach § 28 Abs. 1 Ärzte-ZV wird der Verzicht grundsätzlich mit dem Ende des Kalendervierteljahres wirksam, das auf den Zugang der Erklärung beim Zulassungsausschuss folgt. Es handelt sich nicht um eine pauschale Frist von drei Monaten ab Versand. Entscheidend ist der Zugang und die kalendervierteljährliche Systematik. Eine Verkürzung setzt den gesetzlichen Nachweis der Unzumutbarkeit voraus.

Ein Beispiel zum Redaktionsstand dieser Handreichung: Geht eine Verzichtserklärung am 31.12.2026 zu, endet die Zulassung nach der allgemeinen Regel mit Ablauf des 31. März 2027. Ein reguläres Ende zum 31. Dezember 2026 hätte einen Zugang noch im dritten Quartal 2026 vorausgesetzt. Eine abweichende Gestaltung darf nicht allein aus dem gewünschten Eröffnungstermin der Privatpraxis abgeleitet werden. Die konkrete Erklärung und ihr Wirksamwerden werden vorab rechtlich abgestimmt.

Bis zum wirksamen Ende gelten die vertragsärztlichen Pflichten fort. Nachlaufende Abrechnungs-, Prüfungs- und Dokumentationspflichten verschwinden nicht mit dem letzten GKV-Sprechstundentag. Rückfragen zu früheren Quartalen, Rechnungsabgrenzungen und der Zugang zu erforderlichen Unterlagen müssen organisatorisch abgesichert bleiben.²⁰

13.4 Individuelle Entscheidung statt kollektiver Zulassungsrückgabe

§ 95b SGB V richtet sich gegen einen abgestimmten kollektiven Zulassungsverzicht. Das Gesetz sieht hier erhebliche Konsequenzen vor. Eine gemeinsame Protestaktion zur Rückgabe von Zulassungen ist deshalb kein zulässiges Umsetzungskonzept. Davon zu unterscheiden ist die eigenständige Entscheidung eines Arztes, seine berufliche Tätigkeit nach individueller Prüfung neu auszurichten.²¹

Die PVS kann über rechtmäßige private Praxisgestaltung informieren und einzelne Praxen unterstützen. Sie ersetzt keine zulassungsrechtliche Beratung zu einer beabsichtigten Erklärung. Ebenso darf die politische Kritik am Finanzierungssystem nicht mit der rechtlichen Zulässigkeit einer konkreten Protestmaßnahme verwechselt werden.

13.5 Die Praxisumstellung als eigenes Projekt organisieren

Mit dem rechtlichen Ausscheiden müssen Terminarten, Patienteninformationen, Formulare, Verordnungen und Abrechnungswege zusammenpassen. Es darf nicht weiter der Eindruck einer regulär über die KV abrechnenden Praxis vermittelt werden. Die elektronische Gesundheitskarte ist kein Zahlungsversprechen für die private Leistung. GKV-Formulare und Verordnungen werden nicht aus Gewohnheit weiterverwendet.

Parallel werden die Behandlungsverträge, die Haftpflichtdeckung, die Anforderungen an Mitarbeitende und die vertraglichen Beziehungen zu Laboren und anderen Partnern überprüft. Auch die technischen Zugänge sind differenziert zu beurteilen: Vertragsärztliche Berechtigungen und Abrechnungskennzeichen sind nicht dasselbe wie berufsbezogene digitale Identitäten oder eine mögliche weitere Nutzung medizinischer Kommunikationsdienste. Zugänge werden nicht unüberlegt abgeschaltet, bevor Nachlauf und künftiger Betrieb geklärt sind.

Bei bestehenden Behandlungen wird aktiv geplant, welche Leistungen noch innerhalb des GKV-Auftrags erbracht werden, welche Übergabe erforderlich ist und wo der Patient freiwillig eine private Fortsetzung wünscht. Die Information erfolgt rechtzeitig und verständlich. Ein Patient, der nicht privat weiterbehandelt werden möchte, erhält keinen abwertenden Abschied und keine erschwerte Befundübermittlung.

13.6 Was nach dem Ausscheiden bestehen bleibt

Die Privatpraxis unterliegt weiterhin ärztlichem Berufsrecht, dem Behandlungsvertragsrecht, der GOÄ, der Schweigepflicht, dem Datenschutz sowie den einschlägigen Sicherheits- und Hygieneanforderungen. Die Teilnahme an einem ärztlichen Bereitschafts- oder Notdienst ist nach dem jeweiligen Landes- und Satzungsrecht gesondert zu klären. Aus dem Ende der Kassenzulassung folgt kein bundesweit einheitlicher Wegfall jeder Notdienstpflicht. Allgemeine Hilfeleistungspflichten bleiben ebenfalls unberührt.

Eine spätere Rückkehr in die vertragsärztliche Versorgung ist keine zugesicherte Rückfalloption. Sie hängt von den dann geltenden Voraussetzungen und der Zulassungssituation ab. Die Investitionsplanung muss deshalb auch ohne diese Rückkehr tragfähig sein.

13.7 Kommunikation mit Patienten und Team

„Unsere Praxis wird ab dem rechtlich bestätigten Datum ausschließlich privatärztlich arbeiten. Eine reguläre Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung ist dann nicht mehr möglich. Sie können eine private Behandlung auf eigene Kosten wählen; wir informieren Sie vorher über die voraussichtlichen Kosten. Möchten Sie Ihre Versorgung im GKV-System fortsetzen, unterstützen wir eine geordnete Übergabe der erforderlichen medizinischen Informationen.“

13.8 Checkliste: Vollständige Privatisierung vorbereiten

- Formulieren Sie ein medizinisch und wirtschaftlich tragfähiges Zielbild.
- Rechnen Sie Nachfrage, Liquidität und Anlaufphase konservativ.
- Prüfen Sie Praxiswert und mögliche Nachbesetzung vor der Verzichtserklärung.
- Trennen Sie privatrechtliche Verträge von der Entscheidung über die Zulassung.
- Bestimmen Sie den Wirksamkeitstermin anhand des Zugangs der Erklärung.
- Organisieren Sie bis dahin die unveränderte Erfüllung der bestehenden Pflichten.
- Planen Sie laufende Behandlungen, Übergaben und Patienteninformation.
- Stellen Sie Verträge, Verordnungen, Software und Außendarstellung geordnet um.
- Klären Sie Notdienst, Haftpflicht, Datenschutz und technische Berechtigungen gesondert.
- Vereinbaren Sie mit der PVS den Abrechnungsstart und den Umgang mit Rückfragen.

14 Die Privatpraxis gründen: Von der Idee zum geordneten Betrieb

Die Gründung einer Privatpraxis verbindet ärztliche Selbständigkeit mit unmittelbarer unternehmerischer Verantwortung. Sie ermöglicht ein eigenes Leistungsprofil, eine bewusste Gestaltung der Arbeitszeit und ein unmittelbares Vertragsverhältnis zum Patienten. Damit diese Freiheit im Alltag Bestand hat, muss die Organisation vor der Eröffnung stehen. Ein gutes Gründungskonzept beginnt nicht mit der Inneneinrichtung, sondern mit Versorgungsziel, Nachfrage und Finanzierung.

14.1 Standortwahl: Erreichbarkeit und Nachfrage gemeinsam prüfen

Ein guter Standort passt zum medizinischen Angebot und zum Einzugsgebiet. Eine hochspezialisierte Praxis kann andere Anfahrtswege rechtfertigen als eine allgemeinmedizinisch geprägte Privatpraxis. Analysiert werden Bevölkerungsstruktur, vorhandene Angebote, Erreichbarkeit mit öffentlichem Verkehr und Auto, Barrierearmut, Parkmöglichkeiten und Kooperationspartner. Ein hoher Anteil privat Versicherter ist ein möglicher Hinweis, aber keine ausreichende Nachfrageprognose.

Für Selbstzahler ist ein verständlicher Leistungsnutzen besonders wichtig. Die Standortanalyse sollte deshalb nicht nur Kaufkraftkarten betrachten, sondern auch prüfen, welches konkrete Problem das Angebot löst. Gespräche mit potenziellen Kooperationspartnern, die Auswertung vorhandener anonymisierter Nachfrage und ein begrenzter Pilotbetrieb können die Planung verbessern. Personenbezogene Patientendaten dürfen dabei nicht ohne Rechtsgrundlage zu Marketingzwecken genutzt werden.

Die PVS kann je nach vereinbartem Beratungsangebot Daten zur bisherigen privaten Tätigkeit und zur Abrechnungsstruktur beitragen. Ein regionaler Marktbericht sollte Herkunft, Bezugsjahr und Grenzen seiner Daten offenlegen. Die Praxisentscheidung bleibt beim Gründer; eine vermeintlich exakte Umsatzgarantie aus Postleitzahl und Fachgebiet ist kein belastbarer Businessplan.

14.2 Leistungsumfang: Ein erkennbares Profil entwickeln

Das Profil wird in wenigen verständlichen Sätzen beschrieben: Welche Beschwerden oder Anliegen werden behandelt? Welche Qualifikationen sind vorhanden? Welche Verfahren werden angeboten? Was wird bewusst nicht angeboten? Diese Festlegung dient zugleich der Beschaffung, Personalplanung, Haftpflicht und Patienteninformation.

Vor jeder Erweiterung wird geprüft, ob sie von der fachlichen Qualifikation und den einschlägigen berufsrechtlichen Grenzen gedeckt ist. Fehlende KV-Abrechnungsgenehmigungen sind nicht mit fehlender medizinischer Befähigung gleichzusetzen; umgekehrt ersetzt die Privatbehandlung keine erforderliche Qualifikation oder besondere gesetzliche Erlaubnis. Bei Unsicherheiten wird die zuständige Ärztekammer einbezogen.

Ein kleiner, gut beherrschter Leistungskatalog ist für den Start oft zweckmäßiger als ein breites, schwer kalkulierbares Angebot. Für jede Leistung werden Mindestvoraussetzungen, Zeitbedarf, Dokumentation, mögliche Fremdleistungen und der GOÄ-Prozess beschrieben. Damit wird das Leistungsversprechen gegenüber Patienten konkret und kontrollierbar.

14.3 Investitionen und Finanzierung: Den Anlauf finanzieren

Der Finanzierungsbedarf umfasst nicht nur Geräte und Ausbau. Hinzu kommen Kautions, Einrichtung, Software, Beratung, Versicherungen, erste Materialbestände, Personaleinarbeitung und die Liquidität für die Zeit bis zum verlässlichen Zahlungseingang. Auch private Lebenshaltung, Steuern und Vorsorge des Inhabers müssen in einer gesonderten Liquiditätsplanung berücksichtigt werden. Diese Planung ist von der steuerlichen Gewinnermittlung zu trennen.

Kauf und Leasing werden anhand der gesamten Laufzeit verglichen. Entscheidend sind Effektivkosten, Wartung, Verbrauchsmaterialbindung, Restwertrisiko, Kündigungsmöglichkeiten und die Frage, ob das Gerät tatsächlich ausgelastet werden kann. Bei Software gehören Datenexport, Vertragsende und die Kosten eines Anbieterwechsels in die Rechnung. Ein günstiger Einstiegspreis kann mit langfristiger Bindung erkaufte sein.

Der Businessplan enthält mindestens ein Basisszenario und ein belastetes Szenario mit geringerer Nachfrage oder verzögerten Zahlungseingängen. Für die Gründungsfreigabe wird eine eigene Mindestliquidität festgelegt. Die Höhe hängt von den Kosten, Verpflichtungen und Finanzierungsmöglichkeiten ab; diese Handreichung behauptet keinen für alle Fachgebiete passenden Reservebetrag. PVS-Leistungen wie ein vereinbarter Forderungsankauf können den Zahlungsfluss verändern, ersetzen aber keine ausreichende Nachfrage und sind in Kosten und Bedingungen zu prüfen.

14.4 Praxisräume: Nutzung vor Bindung klären

Vor Unterzeichnung eines langfristigen Mietvertrags wird geprüft, ob die Räume für die geplante Nutzung geeignet und zulässig sind. Dazu gehören die bauordnungsrechtliche Nutzung, Zugänglichkeit, Hygiene, Sanitärbereiche, Rettungswege, technische Anschlüsse und gegebenenfalls besondere Anforderungen an Eingriffe oder apparative Verfahren. Die tatsächlich zuständigen Stellen richten sich nach Standort und Landesrecht.

Der Mietvertrag sollte das geplante Leistungsspektrum, Umbauten, Beschilderung, technische Anlagen und mögliche Mitnutzung abdecken. Ausbaukosten und Rückbaupflichten werden ebenso geprüft wie Laufzeit, Verlängerung, Nebenkosten und eine mögliche Praxisnachfolge. Die rechtliche Prüfung vor der Unterschrift ist regelmäßig wertvoller als die spätere Diskussion über einen bereits feststehenden Eröffnungstermin.

Auch im Bestand ist die Eignung neu zu bewerten, wenn eine GKV-Praxis in eine anders ausgerichtete Privatpraxis umgewandelt wird. Eine geänderte Zielgruppe allein verlangt nicht automatisch einen Umbau. Zusätzliche Eingriffe, neue Geräte oder eine andere Belegung können dagegen neue Anforderungen auslösen.

14.5 Ausstattung: Vom Behandlungsablauf zur Beschaffung

Die Ausstattung folgt dem Leistungsprofil: Empfang und diskrete Kommunikation, Wartebereich, Untersuchung, gegebenenfalls Funktions- oder Eingriffsräume, Lagerung, Aufbereitung und Befundarbeit. Nicht jeder Raum muss repräsentativ sein; jeder muss seine Funktion sicher erfüllen. Die in alten Gründungsmerkblättern enthaltenen Ausstattungslisten werden daher nicht als pauschale Einkaufsempfehlung übernommen.

Für Medizinprodukte gilt die aktuelle Medizinprodukte-Betreiberverordnung von 2025 mit den jeweils einschlägigen Betreiberanforderungen. Vor Inbetriebnahme werden Zuständigkeiten, Einweisung, Wartung, erforderliche Kontrollen und Dokumentation geklärt. Welche besonderen Nachweise für ein Produkt erforderlich sind, hängt von dessen Einordnung und Verwendung ab. Die Privatabrechnung begründet keine Ausnahme von sicherheitsrechtlichen Anforderungen.

Bei der Beschaffung wird der gesamte Prozess getestet: Funktioniert die Zuordnung des Befunds zum Patienten? Ist die Datensicherung geregelt? Wer reagiert bei einem Ausfall? Wie wird Ersatzversorgung organisiert? Diese Fragen sind auch für den Patienten wichtig. Ein modernes Gerät schafft nur dann einen Vorteil, wenn seine Anwendung sicher und der Befundweg verlässlich ist.

14.6 Formalitäten: Die zuständigen Stellen systematisch abarbeiten

Für eine ausschließlich privatärztliche Niederlassung wird keine vertragsärztliche Zulassung benötigt. Erforderlich bleiben die Berechtigung zur ärztlichen Berufsausübung und die berufsrechtlichen Meldepflichten. Die Ärztekammer Berlin verlangt beispielsweise eine schriftliche Anzeige von Ort und Zeitpunkt. Die konkrete Vorgehensweise wird mit der am Standort zuständigen Kammer geklärt; ein Berliner Merkblatt ersetzt nicht das Recht eines anderen Bundeslands.

In eine Gründungsakte gehören die Nachweise zu Berufsberechtigung und Qualifikationen, die Kammerkorrespondenz, steuerliche Erfassung, gegebenenfalls erforderliche Anzeigen und Genehmigungen, Versicherungen und die Dokumentation der Betreiber- und Arbeitsschutzorganisation. Bei Beschäftigung von Personal werden die erforderlichen sozialversicherungs- und unfallversicherungsrechtlichen Anmeldungen organisiert. Ob zusätzliche gewerbliche Aktivitäten eine gesonderte Behandlung erfordern, ist steuerlich und rechtlich zu prüfen.

Praxisschild und Website müssen die tatsächliche berufliche Stellung und Qualifikation korrekt wiedergeben. Eine Privatpraxis darf nicht den Eindruck erwecken, regulär über die GKV abrechnen zu können. Besondere Bezeichnungen werden vor Veröffentlichung auf ihre berufsrechtliche Zulässigkeit geprüft.

14.7 Personal: Verantwortung und Service verbinden

Eine Privatpraxis braucht kein Verkaufsteam, sondern qualifizierte Mitarbeitende mit klaren Zuständigkeiten. Neben fachlicher Assistenz sind Terminorganisation, Kosteninformation, sichere Kommunikation und der Umgang mit Rechnungsfragen wichtig. Die Aufgaben werden in Stellenbeschreibungen und einem Einarbeitungsplan festgehalten. Das Team muss wissen, wann eine Frage zwingend an den Arzt weiterzugeben ist.

Arbeitsverträge regeln insbesondere Tätigkeit, Arbeitszeit, Vergütung, Urlaub, Vertretung und Vertraulichkeit im jeweils zulässigen Rahmen. Ändern sich bei einer Umstellung Arbeitszeiten oder Aufgaben, sind bestehende Verträge zu beachten. Bei einer Praxisübernahme kann § 613a BGB einschlägig sein; Personal darf nicht allein wegen des Inhaberwechsels wie eine beliebig neu zu bestellende Ressource behandelt werden. Die konkrete Anwendung wird arbeitsrechtlich geprüft.

Auch die Mitarbeit von Familienangehörigen wird rechtlich und steuerlich sauber gestaltet. Fachliche Eignung, tatsächliche Arbeitsleistung, Entgelt und sozialversicherungsrechtlicher Status werden nicht durch die familiäre

Beziehung ersetzt. Die Personalplanung enthält Vertretung und Einarbeitung, damit der Betrieb nicht bei jeder Abwesenheit einer einzelnen Person stillsteht.

14.8 Absicherung: Medizinische und wirtschaftliche Risiken unterscheiden

Vor der ersten Behandlung muss die Berufshaftpflicht zum tatsächlichen Leistungsspektrum passen. Neue Eingriffe, ärztliche Mitarbeitende und Vertretungen werden ausdrücklich mit dem Versicherer geklärt. Eine alte Police aus einer anderen Tätigkeit wird nicht ungeprüft fortgeführt. Berufliche Pflichten zur ausreichenden Absicherung bestehen auch in der Privatpraxis.

Davon getrennt werden Sachschäden, Betriebsunterbrechung, IT-Ausfall, Rechtsschutz und persönliche Arbeitsunfähigkeit betrachtet. Nicht jedes angebotene Versicherungsprodukt ist für jede Praxis erforderlich. Die Entscheidung folgt einer Risikoanalyse: Welche Schäden kann die Praxis selbst tragen, welche würden ihren Fortbestand gefährden und welche Risiken lassen sich vorrangig organisatorisch verringern? Ein Cybervertrag ersetzt beispielsweise keine Datensicherung.

Die eigene Kranken- und Altersvorsorge, das ärztliche Versorgungswerk und mögliche weitere Vorsorgefragen werden separat geplant. Privatpraxis bedeutet private Einnahmen, nicht automatisch den Wechsel der persönlichen Krankenversicherung des Inhabers. Auch die Teilnahme am regionalen Notdienst wird gesondert rechtlich geklärt.

14.9 Praxisablauf und Controlling: Von Beginn an steuern

Ein vollständiger Ablauf umfasst Anfrage, Dringlichkeitseinschätzung, Termin, Vorunterlagen, Information, Vereinbarung, Behandlung, Befund, Rechnung, Zahlung und erforderliche Nachsorge. Für jeden Schritt ist eine verantwortliche Person benannt. In einer kleinen Praxis können mehrere Aufgaben bei derselben Person liegen; die Funktionen bleiben dennoch unterscheidbar.

Die Leistungserfassung erfolgt zeitnah und medizinisch zutreffend. Nachträgliches Erinnern am Quartalsende ist keine zuverlässige Grundlage für die Privatabrechnung. Die PVS sollte vor der Eröffnung wissen, welche Datenstruktur und Schnittstellen verwendet werden. Ein Testfall wird von der Anlage des Patienten bis zur Rechnung durchgespielt. Dabei werden keine unnötigen echten Patientendaten zu bloßen Testzwecken verwendet.

Monatlich werden Leistungsumfang, Zahlungseingang, offene Forderungen, Personalkosten, Auslastung und Beschwerden bewertet. Entscheidend ist die Verbindung: Ein hoher Rechnungsumsatz hilft wenig, wenn die Leistungen nicht ausreichend dokumentiert sind, Rechnungen korrigiert werden müssen oder Zahlungseingänge zu spät erfolgen. Die PVS-Auswertung wird deshalb mit der betriebswirtschaftlichen Auswertung und der Liquiditätsplanung zusammengeführt.

14.10 Verträge und Mitgliedschaften: Ein geordnetes Vertragsregister führen

Das Vertragsregister umfasst Miete, Finanzierung, Leasing, Wartung, Software, Personal, Versicherungen, Labor, Kooperationen, Vertretung, steuerliche Beratung und die PVS-Zusammenarbeit. Zu jedem Vertrag werden Laufzeit, Kündigung, Kosten, Verantwortlichkeit und wichtige Abhängigkeiten erfasst. Bei einer Gründung oder Übernahme wird geprüft, ob Verträge übertragbar sind und ob Zustimmungen benötigt werden.

Berufspolitische oder fachliche Mitgliedschaften können Beratung und Austausch erleichtern. Die Auswahl orientiert sich an den tatsächlichen Bedürfnissen der Praxis. Die Zusammenarbeit mit einer PVS ist nach deren Organisationsform und konkretem Vertrag zu gestalten. Sie sollte Leistungsumfang, Kosten, Datenverarbeitung, Zahlungswege, Vollmachten, Rückfragen und Beendigung der Zusammenarbeit nachvollziehbar regeln.

14.11 Literatur: Aktuellen Wissensbestand aufbauen

An die Stelle einer unveränderten alten Literaturliste tritt ein gepflegter Quellenbestand. Dazu gehören die geltende GOÄ, die einschlägige Berufsordnung, aktuelle fachliche Leitlinien, Sicherheitsanforderungen und die

praxiseigenen freigegebenen Leistungsblätter. Eine Person wird für die organisatorische Pflege benannt. Medizinische Inhalte gibt der jeweils verantwortliche Arzt frei.

Für jede wichtige Arbeitsanweisung werden Stand und nächster Prüfanlass angegeben. Ein veraltetes Formular ist besonders problematisch, wenn niemand mehr weiß, aus welcher Rechts- oder Beratungslage es stammt.

14.12 Ansprechpartner: Funktionen statt veralteter Telefonlisten

Ein eigenes, aktuelles Verzeichnis wichtiger Adressen und Ansprechpartner ist unerlässlich: zuständige Ärztekammer, gegebenenfalls KV und Zulassungsausschuss für den Übergang, Gesundheits- und Bauaufsicht, Arbeitsschutz, Berufsgenossenschaft, Steuerberatung, medizinrechtliche Beratung, Versicherer, IT-Betreuung und die betreuende PVS. Die Zuständigkeit ist wichtiger als ein bundesweit pauschal veröffentlichter Ansprechpartner.

Für Störungen werden direkte Eskalationswege vereinbart. Wer wird bei IT-Ausfall angerufen? Wer ist bei einer Datenschutzfrage zuständig? Wer bearbeitet eine dringliche Rechnungsklärung? Wer übernimmt die medizinische Vertretung? Die Antworten stehen dem Team am Arbeitsplatz zur Verfügung, ohne vertrauliche Informationen offen auszuhängen.

14.13 Kommunikation mit Patienten und Team

„Unsere Privatpraxis bietet das beschriebene Leistungsspektrum an. Vor der Behandlung klären wir Ihr Anliegen, den medizinisch sinnvollen Umfang und die voraussichtlichen Kosten. Gesetzlich Versicherte können uns als Selbstzahler in Anspruch nehmen; eine Kostenübernahme ist gegebenenfalls vorher mit der Krankenkasse zu klären. Bei medizinischen Fragen sprechen Sie mit der Ärztin oder dem Arzt, bei Rechnungsfragen mit unserer benannten Ansprechstelle beziehungsweise der beauftragten PVS.“

In der Gründungsphase werden die wichtigsten Kontakte im Team geprobt: eine unklare Selbstzahleranfrage, ein akutes Anliegen, eine Nachfrage zur Kostenerstattung und eine Rechnungskorrektur. Die Eröffnung ist erst organisatorisch freigegeben, wenn diese Abläufe funktionieren.

14.14 Checkliste: Freigabe der Privatpraxis

- Standort, Einzugsgebiet und Nachfrage sind nachvollziehbar analysiert.
- Leistungsprofil, Qualifikationen und fachliche Grenzen sind schriftlich festgelegt.
- Investitions-, Rentabilitäts- und Liquiditätsplanung enthalten ein belastetes Szenario.
- Räume, Nutzung und erforderliche Anzeigen oder Genehmigungen sind geklärt.
- Ausstattung, Einweisungen, Betreiberpflichten und Notfallorganisation sind vorbereitet.
- Berufliche, steuerliche und personalbezogene Formalitäten sind erledigt.
- Arbeitsverträge, Zuständigkeiten, Vertretung und Einarbeitung sind geregelt.
- Versicherungen decken das tatsächliche Leistungsspektrum.
- Datenschutz, Aufbewahrung, IT-Sicherheit und Befundwege sind einsatzbereit.
- Das Vertragsregister und das Ansprechpartnerverzeichnis sind vollständig.
- Website, Praxisschild und Patientenunterlagen beschreiben den Privatstatus zutreffend.
- Ein vollständiger Testlauf einschließlich PVS-Abrechnung wurde erfolgreich durchgeführt.

15 PVS, Datenschutz und digitale Praxisorganisation

Eine gut organisierte PVS-Zusammenarbeit entlastet die Praxis dort, wo ärztliche Leistung in eine nachvollziehbare Honorarforderung übersetzt wird. Sie kann Zeit für Behandlung und Praxisführung freisetzen und professionelle Ansprechpartner für Rechnungsfragen schaffen. Damit dieses Modell funktioniert, müssen Zuständigkeiten, Datenflüsse und Leistungsumfang vor dem ersten Abrechnungsfall geklärt sein. Die PVS ist kein Ersatz für ärztliche Indikation und Dokumentation, sondern deren organisatorische Ergänzung.

15.1 Den Leistungsumfang konkret vereinbaren

Die Praxis legt fest, welche Unterstützung benötigt wird: Beratung zur Leistungsdokumentation, Prüfung der Abrechnung, Rechnungserstellung, Versand, Zahlungsüberwachung, Bearbeitung von Einwendungen oder gegebenenfalls Forderungsankauf. Nicht jede PVS bietet jede Leistung in identischer Form an. Der konkrete Vertrag und das regionale Angebot sind maßgeblich.

Zur Zusammenarbeit gehören klare Antwortwege. Wer beantwortet medizinische Rückfragen? Wer darf eine Rechnung korrigieren? Welche Frist gilt intern für fehlende Informationen? Wie wird der Patient über einen Bearbeitungsstand informiert? Ohne diese Regeln kann eine ausgelagerte Abrechnung lediglich neue Rückfragen erzeugen. Mit ihnen wird sie zu einer tatsächlichen Entlastung.

15.2 Schweigepflicht und Datenschutz getrennt prüfen

Gesundheitsdaten unterliegen besonderem Schutz. Die ärztliche Schweigepflicht nach § 203 StGB und die datenschutzrechtlichen Anforderungen der DSGVO betreffen unterschiedliche rechtliche Ebenen. Eine zulässige Einbindung mitwirkender Personen oder Stellen beantwortet nicht automatisch jede Frage der datenschutzrechtlichen Verarbeitung. Ebenso ersetzt eine Datenschutzinformation nicht von selbst eine erforderliche Einwilligung oder Schweigepflichtentbindung.

Die datenschutzrechtlichen Rollen hängen von der tatsächlichen Zusammenarbeit ab. Ein Vertrag über Auftragsverarbeitung darf nicht reflexartig verwendet werden, wenn eine Stelle in eigener Verantwortung tätig wird. Umgekehrt wird eine tatsächliche Auftragsverarbeitung nicht durch eine andere Vertragsüberschrift ausgeschlossen. Abrechnungsservice, Forderungsabtretung und Forderungsankauf müssen jeweils nach ihrer konkreten Gestaltung geprüft werden. Die PVS-eigenen Hinweise machen deutlich, dass die rechtlichen Grundlagen und Einwilligungsfragen sorgfältig zu behandeln sind.

Die Praxis verwendet deshalb die für die konkrete Zusammenarbeit vorgesehenen und geprüften Unterlagen. Patienten erfahren, welche Stelle welche Daten zu welchem Zweck erhält. Soweit eine Einwilligung erforderlich ist, muss sie informiert und freiwillig sein; ihre Ablehnung ist nicht mit der Ablehnung einer medizinischen Leistung gleichzusetzen. Ein zulässiger alternativer Abrechnungsweg wird organisatorisch geklärt.

15.3 Nur notwendige Daten übermitteln

Für die Abrechnung werden die dafür erforderlichen Daten übermittelt. Die gesamte Patientenakte wird nicht aus Bequemlichkeit zum Standardanhang jeder Rechnung. Bei Rückfragen wird geprüft, welche ergänzenden Informationen tatsächlich benötigt und auf welcher Grundlage sie weitergegeben werden dürfen. Der Grundsatz der Datenminimierung ist mit einer vollständigen gebührenrechtlichen Begründung vereinbar.

Zugriffsrechte werden nach Aufgaben vergeben. Mitarbeitende erhalten keine gemeinsamen Passwörter, die eine Zuordnung von Bearbeitungsschritten unmöglich machen. Bei Ausscheiden werden Berechtigungen beendet. Externe Wartung und Fernzugriffe sind geregelt und abgesichert. Für besonders sensible Kommunikation werden geeignete sichere Übermittlungswege verwendet.

15.4 Digitale Formulare ersetzen keine inhaltliche Prüfung

Ein Onlineformular kann Unterlagen strukturiert erfassen und dem Patienten Informationen rechtzeitig bereitstellen. Es darf aber nicht die rechtliche Unterscheidung zwischen Textform, Schriftform und medizinischer Einwilligung verwischen. Eine einfache angeklickte Schaltfläche genügt nicht automatisch jeder gesetzlichen Formanforderung. Der konkrete digitale Unterzeichnungsprozess wird deshalb vor seiner Verwendung geprüft.

Kosteninformationen werden so bereitgestellt, dass der Patient sie lesen und aufbewahren kann. Die Praxis dokumentiert, welche Fassung zu welchem Zeitpunkt übermittelt wurde. Bei wesentlichen Änderungen wird nicht stillschweigend auf eine neue Websitefassung verwiesen. Medizinische Aufklärung bleibt ein individueller Vorgang; ein automatisiertes Formular kann das erforderliche Gespräch nicht ersetzen.

15.5 Ausfall, Datenverlust und Praxisübergabe vorbereiten

Eine digitale Praxis braucht regelmäßige Datensicherung und einen geprüften Wiederanlauf. Der bloße Hinweis eines Dienstleisters, es gebe ein Backup, ist organisatorisch nicht ausreichend. Die Praxis sollte wissen, welche Daten gesichert werden, wie lange die Wiederherstellung dauert und wie während eines Ausfalls dringliche Befunde und Termine bearbeitet werden. Sicherheitsmaßnahmen richten sich nach dem Risiko der Verarbeitung.

Bei einer Übernahme, Aufteilung oder Privatisierung wird der Zugriff auf alte Behandlungsunterlagen besonders sorgfältig geregelt. Ein Praxiskauf ist keine unbegrenzte Einwilligung aller Patienten in jede neue Datennutzung. Aufbewahrung, zulässiger Zugriff und Herausgabe beziehungsweise Einsicht müssen rechtlich und technisch zusammenpassen. Das gilt auch für Daten, die nach Beendigung einer PVS-Zusammenarbeit weiter benötigt werden.

15.6 Kommunikation mit Patienten und Team

„Wir arbeiten für unsere Privatabrechnung mit einer PVS zusammen. Welche Daten hierfür benötigt werden und wie die Zusammenarbeit ausgestaltet ist, erläutern die gesonderten Unterlagen. Fragen zu Ihrer medizinischen Behandlung beantworten wir in der Praxis. Bei Fragen zur Rechnung hilft die benannte Abrechnungsstelle. Ihre Unterlagen werden nicht für sachfremde Zwecke weitergegeben.“

15.7 Checkliste: PVS- und Datenprozesse freigeben

- Vereinbaren Sie Leistungsumfang, Kosten und Zuständigkeiten konkret.
- Prüfen Sie Datenschutzrollen, Schweigepflicht und erforderliche Vertragsunterlagen.
- Verwenden Sie geeignete Informationen und gegebenenfalls Einwilligungen für die konkrete Zusammenarbeit.
- Begrenzen Sie Datenübermittlung und Zugriffe auf das Erforderliche.
- Prüfen Sie digitale Formanforderungen vor dem Einsatz elektronischer Unterschriften.
- Testen Sie Schnittstelle, Rechnung, Rückfrage und Korrektur mit der PVS.
- Legen Sie sichere Kommunikationswege und einen Ausfallplan fest.
- Regeln Sie Datenrückgabe, Aufbewahrung und Zugriffsende bei Vertragsbeendigung.

16 Patientensouveränität im Gespräch und in der Praxisführung

Eine selbstbestimmte Patientenentscheidung ist nicht nur das Ergebnis eines juristisch richtigen Formulars. Sie entsteht im gesamten Kontakt mit der Praxis: bei der Suche nach einem Termin, am Empfang, im Gespräch über die medizinischen Möglichkeiten und bei der späteren Rechnung. Eine positive Privatmedizin macht diese Entscheidung nachvollziehbar. Sie erlaubt dem Patienten, eine zusätzliche Leistung bewusst zu wählen, ohne das Vertrauen in seine reguläre Versorgung zu verlieren.

16.1 Politische Kritik nicht am Patienten austragen

Die Praxis darf ihre wirtschaftliche und berufspolitische Position sachlich erläutern. Der einzelne Patient ist jedoch nicht der richtige Adressat für Vorwürfe über die Finanzierungsentscheidungen des Gesetzgebers. Wer mit Beschwerden Hilfe sucht, benötigt zunächst medizinische Orientierung. Die politische Kritik gehört in geeignete Verbandsarbeit und in eine ruhige Erklärung der Praxisorganisation, nicht in eine Behandlung unter Rechtfertigungsdruck.

16.2 Den Patienten entscheiden lassen, nicht allein lassen

Ein gutes Gespräch enthält Anlass, Optionen, erwartbaren Nutzen, Risiken, Kosten und die Möglichkeit, nichts Zusätzliches zu veranlassen. Der Arzt spricht eine fachliche Empfehlung aus, wenn er sie begründen kann. Das ist mit Selbstbestimmung vereinbar. Problematisch wird es erst, wenn eine Empfehlung durch Angst, unvollständige Information oder eine versteckte Bedingung ersetzt wird.

Verständnis lässt sich durch eine offene Rückfrage prüfen: „Welche Fragen sind noch offen, bevor Sie entscheiden?“ Bei komplexen Angeboten kann der Patient den geplanten Ablauf und die Kosten mit eigenen Worten zusammenfassen. Sprachliche oder kognitive Hürden werden berücksichtigt; eine Unterschrift beweist nicht, dass die Information verstanden wurde.

Eine Zweitmeinung wird nicht als Misstrauensvotum behandelt. Die Praxis kann erforderliche Informationen auf geeignetem Weg bereitstellen. Zugleich wird nicht versprochen, jede zusätzliche privat gewünschte Zweitberatung werde von der GKV finanziert. Beratung über Wahlfreiheit braucht dieselbe Kostentransparenz wie die anschließende Behandlung.

16.3 Gesprächssituationen verbindlich vorbereiten

Bei einer echten IGeL lautet die Kernbotschaft: „Diese Zusatzleistung ist freiwillig. Ihre reguläre Behandlung hängt nicht davon ab.“ Bei einer privat gewählten GKV-Leistung lautet sie: „Sie haben selbst nach dieser Möglichkeit gefragt. Wir erläutern die Kosten und den fortbestehenden GKV-Versorgungsweg, bevor Sie sich entscheiden.“ Bei einer reinen Privatpraxis lautet sie: „Wir rechnen nicht regulär über die KV ab. Eine Erstattung muss gegebenenfalls vorher geklärt werden.“

Diese Unterschiede sollten nicht in einem allgemeinen Verkaufsskript verschwinden. Das Team erhält Fallbeispiele und klare Grenzen. Es darf weder medizinische Vorteile erfinden noch Erstattungen zusagen. Unklare Dringlichkeit wird an den Arzt weitergegeben. Ein schnelleres freies Privatzeitfenster wird nicht als Druckmittel nach einer GKV-Absage eingesetzt.

16.4 Mit Ablehnung und Beschwerden professionell umgehen

Lehnt ein Patient eine Zusatzleistung ab, wird die Entscheidung respektiert. Eine Diskussion über seine Zahlungsbereitschaft ist nicht erforderlich. Entsteht eine Beschwerde, wird zunächst geklärt, worum es geht: medizinische Erwartung, Kosteninformation, Terminvergabe, Datenschutz oder Rechnungsinhalt. Anschließend werden die dokumentierten Informationen und der tatsächliche Ablauf geprüft.

Ein hilfreicher Satz ist: „Wir möchten nachvollziehen, was bei Ihnen anders angekommen ist als beabsichtigt. Wir prüfen die Information und den Ablauf und melden uns mit einer konkreten Antwort.“ Bei Rechnungsfragen kann die PVS einbezogen werden. Medizinische Beschwerden bleiben in ärztlicher Verantwortung. Vertrauliche Sachverhalte werden nicht in öffentlichen Bewertungsportalen ausdiskutiert.

16.5 Sachliche Sichtbarkeit statt überzogener Werbung

Eine Privatpraxis darf ihr Angebot bekannt machen. Qualifikationen, Leistungsschwerpunkte, organisatorische Vorteile und Erreichbarkeit können sachlich beschrieben werden. Berufsrechtliche Grenzen und das Heilmittelwerberecht sind zu beachten. Ein modernes Erscheinungsbild ist kein Problem; irreführende Erfolgsversprechen oder eine unzutreffende Abwertung anderer Versorgung sind es.

Wer einen Leistungsbereich als besonders individuell oder zeitintensiv darstellt, sollte dies im tatsächlichen Ablauf einlösen. Die positive Botschaft lautet nicht „Privat ist immer besser“, sondern „Dieses Angebot ist klar beschrieben, fachlich verantwortet und auf Ihr Anliegen ausgerichtet“. Damit wird die Patientensouveränität nicht nur behauptet, sondern organisatorisch umgesetzt.

16.6 Die PVS in der Patientenkommunikation

Eine verständliche Rechnung und ein erreichbarer Ansprechpartner gehören zur Behandlungserfahrung. Praxis und PVS sollten deshalb dieselben Grundinformationen verwenden: Leistungsumfang, Kosteninformation, Ansprechpartner und Umgang mit Einwendungen. Es ist vermeidbar, dass die Praxis etwas anderes verspricht als die Abrechnungsstelle später erläutern kann. Die PVS entlastet das Team, wenn die Übergabe klar ist; sie sollte nicht als anonyme Stelle vorgeschoben werden, um Verantwortung für eigene Zusagen abzugeben.

16.7 Checkliste: Souveräne Entscheidungen ermöglichen

- Erläutern Sie medizinische Optionen, Risiken und Kosten verständlich.
- Unterscheiden Sie echte IGeL, freiwillige Privatwahl und reine Privatpraxis.
- Prüfen Sie Verständnis und lassen Sie angemessene Entscheidungszeit.
- Respektieren Sie Ablehnung und Zweitmeinung ohne Nachteile in der regulären Versorgung.
- Schulen Sie das Team anhand konkreter Gesprächssituationen.
- Ordnen Sie Beschwerden dem richtigen Verantwortungsbereich zu.
- Halten Sie Werbung sachlich und das tatsächliche Leistungsversprechen ein.
- Stimmen Sie Rechnungsinformationen und Ansprechpartner mit der PVS ab.

17 Die Umsetzung steuern: Ein 90-Tage-Plan für die Praxis

Eine Neuausrichtung gelingt eher als geordnetes Projekt denn als Folge einzelner spontaner Entscheidungen. Der folgende 90-Tage-Plan ist eine organisatorische Empfehlung. Er ist keine Aussage darüber, dass Zulassungsverfahren, Vertragsbeendigungen oder eine bauliche Gründung innerhalb dieses Zeitraums abgeschlossen werden können. Rechtliche Fristen und behördliche Termine haben Vorrang. Die Arbeitsschritte lassen sich dennoch in einer sinnvollen Reihenfolge vorbereiten.

17.1 Tage 1 bis 15: Die Ausgangslage feststellen

Die Praxisleitung benennt eine Projektverantwortung und sammelt die wesentlichen Unterlagen: Zulassungsumfang, Genehmigungen, HVM und Honorarbescheide, wichtige Verträge, Personalkapazität, Leistungsdaten und aktuelle private Abrechnungen. Parallel werden die Sprechstunden und der tatsächliche Behandlungsaufwand erfasst. Die PVS liefert vorhandene private Auswertungen im vereinbarten Rahmen; fehlende Praxisdaten werden nicht durch pauschale Branchenwerte ersetzt.

Das Ergebnis ist ein kurzer Ausgangsbericht. Er benennt die wirtschaftlichen Probleme, die Versorgungspflichten, bestehende Stärken und die wichtigsten offenen Fragen. Die am Redaktionsstand noch diskutierten gesetzlichen Nachsteuerungen werden als offene Rahmenbedingung geführt und nicht bereits als sichere Entlastung eingerechnet.

17.2 Tage 16 bis 30: Optionen vergleichen und entscheiden

Die Praxis vergleicht wenige konkrete Modelle. Beispielsweise können eine verbesserte GKV-Organisation mit zusätzlicher Privatsprechstunde, ein reduzierter Versorgungsauftrag und ein langfristiges Privatpraxismodell gegenübergestellt werden. Für jedes Modell werden medizinische Tragfähigkeit, rechtliche Voraussetzungen, Liquidität, Vertragsfolgen und Arbeitsbelastung beschrieben.

Vor einer Grundsatzentscheidung werden die offenen Fragen gezielt an die passenden Stellen gegeben. Die KV erläutert regionale HVM- und Versorgungsfragen. Zulassungsrechtliche Beratung prüft Strukturänderungen. Steuerberatung bewertet die steuerlichen Folgen. Die PVS konkretisiert Abrechnungs- und Honorarprozesse. Damit entsteht keine unübersichtliche Beratungsrunde, sondern eine Aufgabenliste mit Zuständigkeiten und Ergebnissen.

17.3 Tage 31 bis 60: Den gewählten Weg vorbereiten

Nun werden Leistungsblätter, Kosteninformationen, Vereinbarungen und Terminarten erstellt. Das Team wird anhand der tatsächlich vorgesehenen Angebote geschult. Technische Prozesse werden getestet: Leistungserfassung, sichere Datenübermittlung, Rechnungsstellung und die Bearbeitung einer typischen Rückfrage. Eine neue Werbeseite wird erst freigegeben, wenn der zugehörige Ablauf funktioniert.

Bei einer Gründung oder strukturellen Veränderung werden Vertrags- und Genehmigungsschritte abgearbeitet. Laufende Behandlungen werden in einem Übergangsplan berücksichtigt. Patiententexte nennen nur bereits bestätigte Termine und tatsächlich angebotene Leistungen. Die Kommunikation wird nicht vorgezogen, um durch öffentliche Ankündigung Druck auf ein noch ungeklärtes Verfahren auszuüben.

17.4 Tage 61 bis 90: Kontrolliert starten und nachsteuern

Soweit rechtlich und organisatorisch möglich, beginnt ein begrenzter Pilotbetrieb. Die Praxisleitung sieht regelmäßig in ausgewählte Fälle: Wurde die Leistung richtig eingeordnet? Lag die Vereinbarung rechtzeitig vor? Stimmt Kosteninformation und Behandlung? Wurde ein GKV-Patient unzulässig in die Privatbehandlung gelenkt? Wurden medizinisch dringliche Anliegen angemessen versorgt?

Die Auswertung verbindet wirtschaftliche und qualitative Kennzahlen. Geeignet sind der tatsächliche Deckungsbeitrag, der Zeitbedarf, der Anteil korrekt dokumentierter Fälle, Rechnungskorrekturen und Beschwerden. Eine hohe Annahmequote von Zusatzleistungen ist für sich allein kein Qualitätsnachweis. Der Pilot wird erst erweitert, wenn die Abläufe stabil sind und erkennbare Mängel behoben wurden.

17.5 Eine regelmäßige Prüfroutine einrichten

Die Praxis benennt feste Prüfanlässe: neue HVM-Regeln, Änderungen der rechtlichen Grundlage, neue Leistungen, neue Kooperationspartner, auffällige Rechnungsrückfragen oder Personalwechsel. Formulare und Arbeitsanweisungen erhalten einen Stand und eine verantwortliche Person. Damit wird verhindert, dass eine sinnvolle Einführung nach einigen Monaten durch uneinheitliche Alltagspraktiken entwertet wird.

Ein monatliches Gespräch mit der PVS kann insbesondere am Anfang helfen, wiederkehrende Probleme zu erkennen. Nach der Stabilisierung kann ein anderer Rhythmus ausreichen. Inhalt und Umfang richten sich nach dem Bedarf und dem vereinbarten Leistungsangebot. Die Praxis sollte das Ergebnis festhalten: Problem, Entscheidung, Verantwortlicher und Termin der Umsetzung.

17.6 Kommunikation mit Patienten und Team

„Wir führen das neue Angebot schrittweise ein. Dabei achten wir darauf, dass Informationen, Termine und Abrechnung zusammenpassen. Rückmeldungen helfen uns, den Ablauf zu verbessern. Ihre Fragen werden von der dafür zuständigen Person beantwortet; unklare medizinische Entscheidungen trifft die Ärztin oder der Arzt.“

17.7 Checkliste: Projektsteuerung

- Benennen Sie die verantwortliche Praxisleitung und die beteiligten Ansprechpartner.
- Erstellen Sie eine belastbare Ausgangsanalyse mit offenen Fragen.
- Vergleichen Sie wenige konkrete Optionen anhand derselben Kriterien.
- Holen Sie erforderliche rechtliche, steuerliche und abrechnungsbezogene Klärungen ein.
- Geben Sie Formulare, Patienteninformationen und Technik erst nach einem Test frei.
- Starten Sie in einem kontrollierbaren Umfang und prüfen Sie echte Fälle.
- Messen Sie Wirtschaftlichkeit, Versorgungsqualität und korrekte Abläufe gemeinsam.
- Pflegen Sie eine dokumentierte Routine zur Aktualisierung und Nachsteuerung.

¹ Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Finanzentwicklung der GKV im 1. Halbjahr 2026, 04.09.2026
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/finanzentwicklung-der-gkv-im-1-halbjahr-2026>

² Gesetzgebungsverfahren GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz; BGBl. I 2026 Nr. 228, 29.07.2026.
<https://dip.bundestag.de/vorgang/gesetz-zur-stabilisierung-der-beitragssätze-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung-gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz/334469>

³ Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Kabinettsbeschluss und Vergütungsobergrenze, 29.04.2026
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz-kabinett-29-04-26>

⁴ Gesetzgebungsverfahren GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz; BGBl. I 2026 Nr. 228, a.a.O. sowie Bundesministerium der Justiz. § 87d SGB V – derzeitige konsolidierte Onlinefassung („weggefallen“), zeitliche Einordnung
https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/___87d.html

⁵ KBV. GKV-Spargesetz. Auswirkungen auf die ambulante Versorgung
<https://www.kbv.de/spargesetz>

⁶ KBV. ePA-Vergütung und erste EBM-Anpassungen ab 2027, 27.08.2026
<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/08-27/epa-verguetung-noch-bis-jahresende-erste-ebm-anpassungen-infolge-des-spargesetzes-beschlossen>

⁷ Deutscher Bundestag. Beratung der Folgeregungen im Gesundheitsausschuss, 07.10.2026
<https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1223104>

⁸ Deutscher Bundestag. Bundestagsbeschluss Notfallreform einschließlich Folgeregungen, 15.10.2026.
<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2026/kw42-de-notfallversorgung-1223578>

⁹ KBV. Notfallreform: Beratungsfolge und voraussichtlicher Bundesratstermin 20.11.2026.
<https://www.kbv.de/positionen/stellungnahmen/notfallgesetz>

¹⁰ KV Hamburg. Folgeregungen zum GKV-BStabG, 21.10.2026.
<https://telegramm.kvhh.net/nr-15-21-10-2026/folgeregungen-zum-gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz-gkv-bstabg>

¹¹ KBV. Vorhaltepauschale für Hausärzte.
<https://www.kbv.de/praxis/abrechnung/vorhaltepauschale>

¹² Bundesärztekammer. GOÄ-Novellierung.
<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/honorar/goae-novellierung>

¹³ Bundesministerium der Justiz. § 75 SGB V – Sicherstellungsauftrag
https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/___75.html

¹⁴ KBV lehnt schärfere Terminmeldepflicht ab – Bundestag beschließt Notfallreform und Änderungen am Spargesetz, 15.10.2026
<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/10-15/kbv-lehnt-schaerfere-terminmeldepflicht-ab-bundestag-beschliesst-notfallreform-und-aenderungen-am-spargesetz>

¹⁵ Bundesministerium der Justiz. § 19a Ärzte-ZV – voller, Dreiviertel- und hälftiger Versorgungsauftrag
https://www.gesetze-im-internet.de/zo-_rzte/___19a.html

¹⁶ KBV / GKV-Spitzenverband. Bundesmantelvertrag – Ärzte, Fassung 01.04.2026; §§ 13, 17, 18
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag_1/20260401_bmv-aerzte.pdf

¹⁷ Bayern.Recht / SG München. Endurteil vom 23.04.2021, S 28 KA 116/18; Volltext.
<https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/Y-300-Z-BECKRS-B-2021-N-12199?hl=true>

¹⁸ Bundesministerium der Justiz. § 13 SGB V – Kostenerstattung.
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___13.html

¹⁹ Bundesministerium der Justiz. § 19a Ärzte-ZV – voller, Dreiviertel- und hälftiger Versorgungsauftrag, a.a.O.

²⁰ Bundesministerium der Justiz. § 28 Ärzte-ZV – Wirksamwerden des Zulassungsverzichts.
https://www.gesetze-im-internet.de/zo-_rzte/___28.html

²¹ Bundesministerium der Justiz. § 95b SGB V – kollektiver Zulassungsverzicht.
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___95b.html