

Abrechnung IGeL 2015

Für Arztpraxis und Klinik

Bearbeitet von
Peter M. Hermanns, Bärbel Roscher

6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage 2015. Buch. XVIII, 276 S. Kartoniert

ISBN 978 3 662 46265 2

Format (B x L): 16,8 x 24 cm

Gewicht: 486 g

Recht > Öffentliches Recht > Medizinrecht, Gesundheitsrecht > Berufsrecht,
Praxisführung, Gebührenrecht der Heil- und Pflegeberufe

Zu Inhaltsverzeichnis

schnell und portofrei erhältlich bei

The logo for beck-shop.de features the text 'beck-shop.de' in a bold, red, sans-serif font. Above the 'i' in 'shop' are three red dots of varying sizes, arranged in a slight arc. Below the main text, the words 'DIE FACHBUCHHANDLUNG' are written in a smaller, red, all-caps, sans-serif font.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

B. Privatbehandlung und Liquidation bei GKV-Versicherten – Kostenerstattung

I. Konzeption

Bei der Gestaltung der IGeL-Leistungen (KBV 1998) ist man davon ausgegangen, dass es ärztliche Leistungen gibt, die nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören, die aber dennoch von Patienten gewünscht werden und die ärztlich empfehlenswert oder – als ausdrückliche Wunschleistung des Patienten – zumindest ärztlich vertretbar sind.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) werden allgemein definiert als ärztliche Leistungen, die

- generell oder im Einzelfall nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören
„im Einzelfall“ bedeutet, dass bei der gewünschten Behandlung das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V nicht eingehalten werden kann.
- aus ärztlicher Sicht erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar sind
Es kann sich dabei um eine sinnvolle Diagnostik oder Therapie, z. B. bei neuen Behandlungsmethoden, handeln, die vom Arzt für erforderlich gehalten wird; oder es sind empfehlenswerte Leistungen, z. B. im Bereich der Reise- oder Sportmedizin. Dazu zählen dann noch ärztliche Leistungen, die ohne eine medizinische Indikation erbracht werden; z. B. eine besondere Diagnostik, Schönheits-Operation, etc.
- und vom Patienten ausdrücklich gewünscht werden

Nicht zuletzt aus der Erkenntnis heraus, dass es bei solchen Leistungen nicht darum geht, in unlauterer oder gar „betrügerischer“ Weise Geld von Patienten einzustreichen, sondern dass im Interesse der Patienten (und Versicherten) zusätzliche sinnvolle Leistungen ergänzend zum GKV-Leistungsangebot zur Verfügung gestellt werden, wird dieses Angebot mehr und mehr als sinnvoll akzeptiert.

II. Privatbehandlung und Liquidation bei GKV-Versicherten

1. Leistungsanspruch des Versicherten und korrespondierende Leistungsverpflichtung des Vertragsarztes

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit seiner Einführung zu Beginn des letzten Jahrhunderts bis zum heutigen Tage gekennzeichnet durch das Sachleistungsprinzip und durch die solidarische Finanzierung durch die Versicherten-Beiträge, die bei Pflichtversicherten in etwa hälftig vom Arbeitgeber und Versicherten getragen werden.

1.1. Sachleistungsanspruch als Grundsatz

Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst neben der ärztlichen Behandlung auch die Versorgung des Patienten mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Auch dabei gilt das sogenannte **Sachleistungsprinzip**, wonach den Versicherten die erforderlichen Leistungsangebote als Sach- oder Dienstleistungen von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, vgl. dazu § 2 SGB V insbesondere Abs. 2.

1.2. Wirtschaftlichkeitsgebot

Mit dem Anspruch des Versicherten geht eine Behandlungspflicht des Vertragsarztes einher. Dieser hat dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten, das heißt, Versicherte haben Anspruch (nur) auf diejenige ärztliche Versorgung, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst **zweckmäßig und ausreichend ist, sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreitet**.

Auf unwirtschaftliche Leistungen hat der Versicherte keinen Rechtsanspruch. Weder darf der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt diese im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und verordnen, noch die Gesetzliche Krankenkasse diese Leistungen bezahlen.

In § 12 Abs. 1 SGB V ist festgelegt:

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind,

können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

2. Zulässigkeit privatärztlicher Honorare

Zur Zulässigkeit von (Zu-) Zahlungen eines GKV-Patienten an den behandelnden Arzt führt das Bundessozialgericht in einer grundsätzlichen Entscheidung u. a. aus:

„... Ein Versicherter, der von seinem behandelnden Arzt vor die vermeintlich „freie Wahl“ zwischen der Inanspruchnahme einer kostenfreien „Kassenleistung“ und einer Leistung gegen Privatzahlung gestellt wird, besitzt letztlich keine echte Entscheidungsfreiheit. Er befindet sich vielmehr in einer Zwangssituation; denn lehnt er die von dem sachkundigen Arzt seines Vertrauens angebotene und empfohlene vermeintlich „bessere“ privatärztliche Leistung ab, läuft er Gefahr, den weiteren Zugang zu diesem Arzt seines Vertrauens zu verlieren. Darüber hinaus wird er – wie beim Unterbreiten solcher Behandlungsalternativen einkalkuliert ist – bereits um seiner Gesundheit willen typischerweise auf die angebotene privatärztliche Behandlung nicht verzichten wollen. Schon eine derartige Offerte des Vertragsarztes trägt daher die Gefahr einer faktischen Diskriminierung von Versicherten der GKV in sich und ist geeignet, das Naturalleistungsprinzip auszuhöhlen bzw zu umgehen ...“

(BSG, 14.03.2001, AZ: B 6 KA 36/00)

Aus diesen Erwägungen des BSG wird deutlich, dass bei einem GKV-Patienten eine „Privatzahlung“ als Folge einer durchgeführten Privatbehandlung nur in wenigen Ausnahmefällen zulässig sein kann.

Auch wenn das Sachleistungsprinzip das tragende Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ist, der Patient somit gegen seine Krankenkasse einen Anspruch auf die ärztliche Behandlung (nicht auf deren Kosten) hat, gibt es doch unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, hiervon abzuweichen und eine private Behandlung durchzuführen. Maßgeblich hierfür sind zwei Bestimmungen in den Bundesmantelverträgen, die wir nachfolgend abdrucken:

§ 18 Bundesmantelvertrag – Ärzte

(8) Der Versicherte hat Anspruch auf Sachleistung, wenn er nicht Kostenerstattung gewählt hat. Vertragsärzte, die Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.

Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern

1. wenn die elektronische Gesundheitskarte vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist bzw. ein anderer gültiger Anspruchsnachweis nicht vorliegt und nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht wird,
2. wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt,
3. wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde.

Mit Wirkung zum 1.10.2013 wurden die bisherigen zwei Bundesmantelverträge (Primär- und Ersatzkassen) durch einen einheitlichen BMV abgelöst.

2.1. Keine Wahlmöglichkeit für den Arzt

In dem oben definierten Rahmen, d. h. soweit ein Leistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse besteht, darf den Versicherten die ihnen zustehende ärztliche Versorgung nicht vorenthalten werden. Dabei hat der Vertragsarzt nicht die Befugnis, bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung zwischen privatärztlicher und vertragsärztlicher Tätigkeit bzw. Behandlung zu wählen.

Für den „Normalfall“ (Patient kommt als GKV-Versicherter in die Praxis und gibt sich durch Vorlage der Krankenversichertenkarte als solcher zu erkennen) bedeutet dies, dass der Arzt die erforderlichen Leistungen im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erbringen und abrechnen muss. Privatliquidationen und Zuzahlungen sind nur unter engen Voraussetzungen zulässig, z. B., Zuzahlungen bei Bädern, Massagen und Krankengymnastik (§ 32 Abs. 2 SGB V), beim Erhalt verordneter Arzneimittel (§ 31 Abs. 3 SGB V).

3. Wann kommt eine Privatliquidation in Betracht?

Der oben unter § 18 (BMV-Ä) bzw. § 21 (BMV-Ä/EK) beide Male Abs. 8 Ziffer 1 dargestellte Sachverhalt ist hier nicht zu erörtern.

3.1. Drei Fälle zulässiger Privatliquidation

Abgesehen von dem an anderer Stelle dargestellten Sonderfall der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V ist eine Privatliquidation in folgenden Fällen zulässig:

- a) Der GKV-Versicherte kommt als echter Privatpatient in die Praxis, das heißt, er möchte, obwohl er eigentlich einen Leistungsanspruch in der Gesetzlichen Krankenversicherung hätte, in vollem Umfang als Privatpatient behandelt werden und bringt dies auch dem Arzt gegenüber vor der Behandlung zum Ausdruck. Aus der schriftlichen Vereinbarung zwischen Arzt und Patient muss dann deutlich hervorgehen, dass der Patient trotz des Versicherungsschutzes in der GKV eine privatärztliche Behandlung wünscht und er die Kosten der Behandlung selbst zu tragen hat. Der Patient wünscht Leistungen, die Bestandteil des GKV-Leistungskataloges und im konkreten Fall auch aus ärztlicher Sicht erforderlich und geboten sind. Er möchte dennoch diese Leistungen auf privatärztlicher Basis, im übrigen jedoch weiterhin als GKV-Patient behandelt werden. Dazu zählt auch der Fall einer ärztlichen Behandlung auf privatärztlicher Basis sowie gleichzeitig gewünschter Versorgung mit Arzneimitteln als Sachleistung. Gleiches gilt für den Fall, dass der Patient die Aufteilung der ärztlichen Behandlung in einen privatärztlichen und einen vertragsärztlichen Leistungsteil wünscht. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die privatärztlich gewünschte Leistung eine selbstständige Leistung ist und als solche auch selbständig geltend gemacht werden kann. Die Aufspaltung des Behandlungsvertrages ist nach den Regelungen der Bundesmantelverträge zulässig, „wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt werden“.
- b) Der Patient kommt zwar unter Vorlage seiner Krankenversicherungskarte (und damit als GKV-Patient) in die Praxis, wünscht aber ganz oder zum Teil Leistungen, die der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasst. Eine Reihe von Beispielen für solche Leistungen ist auf Seiten 56 f. aufgeführt. Das sind die sog. **IGEL-Leistungen** im engeren Sinne.
- c) Der Patient wünscht Leistungen, die zwar im Leistungskatalog der GKV enthalten sind und vom Arzt auch in diesem Rahmen erbracht werden könnten, jedoch für den konkreten Behandlungsfall (z.Zt. keine entsprechenden Beschwerden, keine Indikation zur Wunschleistung) nicht zweckmäßig oder erforderlich im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots sind („Wunschbehandlung“). Auch hier liegt dann eine individuelle Gesundheitsleistung vor.

4. Welche Bedingungen müssen bei einer Privatliquidation für IGEL-Leistung erfüllt sein?

Kommt eine IGEL-Leistung in Betracht, sollte der behandelnde Arzt vorweg den Patienten abklären lassen, ob evtl. eine Zusatzversicherung besteht und wieweit der Leistungsumfang seiner GKV geht. Ein Vertragsarzt darf in erlaubter Weise, d. h. keine übertreibende Werbung, in seiner Praxis über IGEL-Angebote informieren, z. B. durch Info – Blätter, aber nur in sachlicher und seriöser Art (vgl. Brück, GOÄ-Kommentar, Abschnitt IGEL, Kap. A IV).

Bei individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL) gilt als oberster Grundsatz: der GKV-Patient muss sich frei entscheiden können, ob er eine Privatbehandlung mit der Folge der Kostenübernahme wünscht.

Der Arzt hat daher auch § 11 Abs. 2 MBO (Berufsordnung) zu beachten, wonach es für den Arzt verboten ist, u. a. das Vertrauen, die Unwissenheit oder Leichtgläubigkeit eines Patienten missbräuchlich auszunutzen.

Der behandelnde Arzt muss die Information bzw. Beratung über die IGEL – Leistung als persönliche Leistungserbringung i. S. des § 4 Abs. 2 GOÄ vornehmen. Auch beim IGEL muss der Arzt die Grenzen seines Fachgebiets beachten.

Eine IGEL – Leistung ist zulässig, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Information über Leistungsumfang

- a) Der Patient muss über den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung in Kenntnis gesetzt werden. Der Arzt muss also den Patienten zunächst darauf hinweisen, welche Leistungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden und folglich von dem Patienten ohne zusätzliche Zahlungen beansprucht werden können. Ergänzend ist dem Patienten darzulegen, inwiefern die GKV die Kosten für die IGEL-Leistung nicht übernimmt. Die Leistungen der GKV dürfen aber vom Arzt nicht generell als unzureichend dargestellt werden. Der Patient ist dann darüber aufzuklären, inwiefern die ärztliche Leistung erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar sei. Daneben ist eine Aufklärung zur IGEL-Leistung nach den allgemein geltenden Grundsätzen erforderlich.

Wenn eine IGeL-Leistung zur Alternativen Medizin zählt oder gar eine Außenseitermethode darstellt, muss der Patient darüber aufgeklärt werden, dass die Leistung nicht dem medizinischen Standard entspricht und die Wirksamkeit statistisch nicht abgesichert ist (BGH Urteil, 22.05.2007; AZ: VI. ZR 35/06)

Initiative des Patienten

b) Der behandelnde Arzt kann einem Patienten im Rahmen einer Behandlung eine IGeL-Leistung in sachlicher Form anbieten. Die Leistung darf dem Patienten nicht aufgedrängt werden. Es darf nicht der Eindruck vermittelt werden, dass eine Privatbehandlung grundsätzlich sorgfältiger sei als eine GKV-Behandlung.

Dem Patienten sollte (nach Empfehlungen der KBV und BÄK vom November 2012) eine ausreichende Bedenkzeit für seine Entscheidung eingeräumt werden, evtl. Zeit zum Einholung einer Zweitmeinung und die Möglichkeit der Information über das Internet z. B. IGeL-Monitor (<http://www.igel-monitor.de/>).

Aufklärung über Konsequenzen

c) Der Arzt muss den Patienten vorab darüber informieren, welche Konsequenzen sich aus seinem Wunsch nach Privatbehandlung ergeben. Die Information muss sich insbesondere darauf erstrecken, dass eine reine Privatbehandlung vorliegt und eine vollständige oder auch teilweise **Beteiligung der Krankenkassen an diesen Kosten nicht in Betracht kommt**. Der Patient muss sich daher im Klaren sein, dass er die Kosten alleine zu tragen hat. und die Abrechnung der Leistung nach der GOÄ erfolgt.

Der Arzt hat dann den Patienten über die einzelnen Kosten der IGeL- Leistung zu informieren, d. h. GOÄ-Ziffern, Gebührensatz und Gesamthonorar. Dies folgt aus den allgemeinen Regeln zur wirtschaftlichen Aufklärung; zu beachten ist aber auch das neue Patientenrechtegesetz, §§ 630 a bis 630 h BGB.

Insbesondere § 630 c BGB lautet:

(3) Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

Erklärung des Patienten – Behandlungsvertrag

d) Vor Beginn der Behandlung müssen der behandelnde Arzt und der Patient einen schriftlichen Behandlungsvertrag abschließen. Dies folgt aus den oben zitierten Regelungen des Bundesmantelvertrages und nunmehr § 630 c BGB und ist zwingend vorgeschrieben.

Zum Inhalt der Vereinbarung:

- Genaue Beschreibung der ärztlichen Leistung
- Angabe der GOÄ-Ziffern, Gebührensatz, Gesamthonorar
- Hinweis, dass eine Privatbehandlung vorliegt und der Patient die Kosten der Behandlung mangels Versicherungspflicht der GKV selbst zu tragen hat
- Zustimmungserklärung des Patienten
- Unterschriften beider Vertragsparteien

Ergänzende Anmerkung:

Da die ärztliche Leistung nach GOÄ abgerechnet wird, kann die Gebührenhöhe bis zum Höchstsatz nach den Regeln des § 5 GOÄ berechnet werden. Auch bei IGeL – Leistungen ist die Vereinbarung eines Pauschalhonorars unzulässig.

Unter Beachtung der besonderen Voraussetzungen kann auch eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOÄ getroffen werden. Eine solche Vereinbarung beinhaltet aber nicht automatisch die Voraussetzungen der § 18 Abs. 8 BMV-Ä, § 21 Abs. 8 BMV-Ä/EKV; vgl. dazu AG München, 28.04.2010, AZ: 163 C 34297/09 u. LG München. 31.05.2010, AZ: 31 S 10595/10. Beide Vereinbarungen sollten daher getrennt abgeschlossen werden.

Ein Muster eines Behandlungsvertrages für IGeL-Leistungen ist nachfolgend abgedruckt.

Abrechnung einer IGeL-Leistung

e) Nach der Behandlung hat der Arzt für seine Vergütung eine Rechnung gegenüber dem Patienten zu erstellen, die der Regelung des § 12 GOÄ entspricht. Insbesondere sind dabei die einzelnen Voraussetzungen des § 12 Abs. 2 – 4 GOÄ einzuhalten. Die Fälligkeit der Vergütung und somit die Zahlungspflicht des Patienten liegen erst dann vor, wenn die Vorschriften des § 12 GOÄ befolgt sind.

Zur Verjährung des Vergütungsanspruches gilt:

Gemäß § 195 BGB beträgt die Verjährungsfrist für ärztliche Honorarforderungen 3 Jahre. Entscheidend für den Beginn der Verjährungsfrist ist nicht der Zeitpunkt der Behandlung bzw. der Abschluss der Behandlung, sondern der Zeitpunkt der Rechnungsstellung. Gemäß § 199 BGB beginnt die 3jährige Frist ab dem Ende des Jahres, in welchem eine fällige Honorarrechnung erstellt wurde und somit der Anspruch entstanden ist.

Die Verjährungsfrist eines Honoraranspruches nach GOÄ beginnt erst mit der Erteilung der Gebührenrechnung.

Was ein Behandlungsvertrag zu IGeL enthalten muss

(nach KBV und BÄK Broschüre: Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte 2. Auflage November 2012 zuletzt geändert: Juni 2013 – s. http://www.kbv.de//media/man/IGeL_Broschuere%5B1%5D.pdf – kurssive Angaben von den Autoren)

Muster für einen Behandlungsvertrag über das Erbringen Individueller Gesundheitsleistungen

Nachfolgend sind die wesentlich zu regelnden Inhalte aufgelistet, die für die individuelle Situation ausformuliert werden müssen.

1. Name und Vorname der Patientin/des Patienten, Anschrift
2. Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder Arztstempel
3. Der Patient/die Patientin wünscht die Durchführung der folgenden Individuellen Gesundheitsleistungen durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt:

4. Im Rahmen der ärztlichen Beratung/Behandlung können folgende Gebühren gemäß GOÄ anfallen (GOÄ-Ziffer, Gebührensatz):

GOÄ Ziffer Kurzlegende Gebührensatz

Der Patientin/dem Patienten ist bekannt, dass die genannten Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und daher der genannte Betrag selbst zu tragen ist.

Die/der Patientin/Patient bestätigt das die oben aufgeführte Behandlung auf seinen ausdrücklichen Wunsch erfolgt

Unterschrift: Ärztin/Arzt

Patientin/Patient

Weiterhin bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich von der Ärztin/dem Arzt umfassend über den Nutzen und die Risiken der Individuellen Gesundheitsleistung aufgeklärt worden bin.

Datum

Unterschrift: Patientin/Patient

II. Privatbehandlung und Liquidation bei GKV-Versicherten

B. Privatbehandlung und Liquidation bei GKV-Versicherten – Kostenerstattung

Der Abschluss eines Behandlungsvertrages entspricht dem Vorschlag von KBV/BÄK. Nach der Regelung des § 18 Abs. 8 BMV-Ä ist aber auch eine einseitige schriftliche Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung ausreichend:

Musterformular

Ich wünsche, durch meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt die folgende(n)-Leistung(en) auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen:

Dieser Wunsch ist auf meine eigene Initiative zustande gekommen. Ausschlaggebend für meine Entscheidung war dabei folgender Sachverhalt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Die von mir gewünschte Behandlung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.
- Die von mir gewünschten Leistungen sind zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, ich wünsche jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation.

Ich bestätige Frau/Herrn Dr. hiermit, dass sie/er mir ausführlich erläutert hat,

- wie sie/er meine Erkrankung, meine Beschwerden zu Lasten meiner Krankenkasse behandeln kann, und
- welche Behandlungsmöglichkeiten es noch gibt, die aber keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind, weil sie nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 des Sozialgesetzbuches V entsprechen oder nicht zu Lasten meiner Krankenkasse erbracht werden dürfen.

Ich habe mich freiwillig für die Behandlungsmöglichkeit als Privatpatient entschieden. Die Rechnung über diese Behandlung nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werde ich nach Zugang bezahlen. Mir ist bekannt, dass ich als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse auf diese Privatrechnung und für privat verordnete Arznei-, Heil- und Hilfsmittel keine Kostenerstattung von meiner Krankenkasse erhalten kann.

Im Rahmen der Behandlung können folgende Leistungen/Gebühren anfallen:

GOÄ Nr.	Leistung-Kurzlegende	1-fach Satz	Steigerungssatz	Endbetrag in Euro

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift des Arztes

5. Trennung zwischen Behandlung „auf Krankenschein“ und Privatbehandlung

Immer wieder stellt sich in der Praxis die Frage, ob es möglich ist – und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen – den Leistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse (Sachleistungsanspruch) aufzuheben und durch eine Privatbehandlung zu ersetzen. So z. B. wenn die Erfüllung des Sachleistungsanspruches, d. h. die Erbringung der Leistung zu den im GKV-System zu erzielenden Honoraren „sich nicht rechnet“.

5.1. „Teilleistungen“ des EBM sind keine Igel-Leistungen

Der EBM bestimmt in Abschnitt I.1. der **Allgemeinen Bestimmungen**, dass in Leistungskomplexen enthaltene, aus der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls nicht erkennbare Teilleistungen mit der

II. Privatbehandlung und Liquidation bei GKV-Versicherten

B. Privatbehandlung und Liquidation bei GKV-Versicherten – Kostenerstattung

Vergütung für den Komplex abgegolten und deshalb nicht gesondert berechnungsfähig sind. Da sie aber danach durch die Komplexgebühr abgegolten, d. h. im GKV-System vergütet werden, dürfen sie nicht zusätzlich als IGEL-Leistungen vereinbart und in Rechnung gestellt werden. Die Autoren haben die sehr unübersichtliche und lange Liste dieser Leistungen des EBM, die als Anlage 1 des EBM 2013 besteht, nachfolgend nur in Ausschnitten aufgenommen.

Hinweis:

Der Anhang 1 des EBM 2013 listet alle diejenigen Leistungen auf, die deswegen nicht (mehr) gesondert abrechnungsfähig sind, weil sie in Leistungskomplexen enthalten und mit der Vergütung des Komplexes mit abgegolten sind. Sollte jedoch in einem arztgruppen-spezifischen Kapitel eine der im Anhang genannten Leistungen als eigenständige Leistung gesondert ausgewiesen sein, kann sie dann unter den dort genannten Voraussetzungen doch abgerechnet werden.

Die Leistungen der Anlage 1 zum EBM 2014 dürfen bei GKV-Patienten, die zu Lasten der Krankenkasse behandelt werden, nie als IGEL-Leistungen ergänzend liquidiert werden. Nachfolgend nur ein Ausschnitt:

EBM: Anhang 1

1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen

1. Die im Anhang 1 aufgeführten Leistungen sind – sofern sie nicht als Gebührenordnungspositionen im EBM verzeichnet sind – Teilleistungen von Gebührenordnungspositionen des EBM und als solche nicht eigenständig berechnungsfähig.
2. In den Gebührenordnungspositionen wird ggf. auf die Bezeichnung der Spalten VP = Versichertenpauschale, GP = Grund-/Konsiliarpauschale, bzw. SG = sonstige Gebührenordnungspositionen verwiesen.

Ausschnitte aus dem Anhang 1 einer 28seitigen (Querformat)-Tabelle:

Spaltenbezeichnung	Legende	VP	GP	SG
		Leistung ist in der Versichertenpauschale Kap. 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Abnahme eines mindestens unter Einschluss eines großen Gelenkes oder des Rumpfes angelegten zirkulären, individuell modellierten Verbandes aus unelastischen, nicht weiter verwendbaren erstarrten Materialien (z. B. Gips)	+	+	+
	Absaugung körpereigener Flüssigkeiten	+	+	+
	Abschabung der Hornhaut des Auges		+	
	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich	+	+	
	Aderlass	+	+	
	Beratung der Bezugsperson(en)	+	+	+
	Beratung, auch mittels Fernsprecher	+	+	+
	Beratung, einschl. symptombezogener klinischer Untersuchung	+	+	+
	Digitaluntersuchung des Mastdarms, ggf. einschl. der Prostata	+	+	+
	Doppler-sonographische Untersuchung der Venen oder der Arterien einer Extremität, in Ruhe	+	+	
	Elektrokardiographische Untersuchung	+	+	

II. Privatbehandlung und Liquidation bei GKV-Versicherten

B. Privatbehandlung und Liquidation bei GKV-Versicherten – Kostenerstattung

Spaltenbezeichnung	Legende	VP	GP	SG
		Leistung ist in der Versichertenpauschale Kap. 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung	+	+	+
	Erhebung des Ganzkörperstatus	+	+	+
	Erstversorgung einer großen Wunde			+
	Erstversorgung einer Wunde			+
	Infiltrations- oder Leitungsanästhesie(n)			+
	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung)	+	+	
	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	+	+	+
	Leitungsanästhesie an einem Finger oder einer Zehe	+	+	
01420	Prüfung der häuslichen Krankenpflege	+		
02100	Infusion	+		
02101	Infusionstherapie	+		
02110	Erst-Transfusion	+		
02111	Folge-Transfusion	+		
02112	Eigenblut-Reinfusion	+		
02330	Blutentnahme durch Arterienpunktion	+		
02331	Intraarterielle Injektion	+		
02350	Fixierender Verband	+		
02360	Anwendung von Lokalanästhetika	+		
02400	13C-Harnstoff-Atemtest	+		
02401	H2-Atemtest	+		
03000	Hausärztliche Grundvergütung	+		
03120	Beratung, Erörterung, Abklärung			
03311	Ganzkörperstatus	+		
03312	Klinisch-neurolog. Basisdiagnostik	+		
03313	Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status	+		
03320	EKG	+		
03340	Allergologische Basisdiagnostik (einschließlich Kosten)	+		
03350	Orientierende Entwicklungsneurologische Untersuchung	+		
03351	Orientierende Untersuchung zur Sprachentwicklung	+		

5.2. Der Arzt kann Praxisteile nur unter engen Voraussetzungen stilllegen

Häufig ist die Auffassung vertreten worden, dass kein Arzt verpflichtet sein könne, unrentable Leistungen in seiner Vertragspraxis anzubieten. Es müsse ihm daher möglich sein, solche Leistungen aus seinem Leistungsangebot zu streichen. Eine Kassenärztliche Vereinigung hatte sogar eine dahingehende Regelung in ihre Satzung aufgenommen mit dem Wortlaut: „Ärztliche Leistungen, die vom einzelnen

Vertragsarzt nicht kostendeckend erbracht werden können, müssen von ihm nicht erbracht werden.“ Das Bundessozialgericht hat in einer Serie von Entscheidungen am 14.3.2001 klargestellt, dass eine solche Auffassung unzulässig ist. Es hat deutlich gemacht, dass ein Vertragsarzt durch die Zulassung verpflichtet ist, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, und dass diese Teilnahmeverpflichtung in dem Fachgebiet, für das er zugelassen ist, zur Folge hat, dass er **die wesentlichen Leistungen seines Fachgebietes im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch tatsächlich anbieten und erbringen muss**. Ausnahmen gelten natürlich für Leistungen, die einer besonderen Genehmigung bedürfen, die der Arzt nicht hat (BSG, Urt. vom 14.3.2001, B 6 KA 36/00 R, B 6 KA 54/00 R, B 6 KA 67/00 R).

5.3. Leistungen für einen bestimmten Personenkreis

Bei der nach der o.g. Rechtsprechung verbleibenden Möglichkeit, Leistungsbereiche, die nicht zu den wesentlichen Leistungen eines Fachgebietes gehören, aus dem Leistungsangebot der Praxis herauszunehmen, ist zu beachten, dass diese Leistungen dann für Versicherte auch nicht privat angeboten werden dürfen. Sollen solche Leistungen in einer Praxis durchgeführt werden, ist das Angebot für alle Patienten – egal ob Privatpatient oder GKV-Versicherter – vorzuhalten.

6. Sonderfall Kostenerstattung, § 13 SGB V – GKV-Versicherte können sich auf Privatrechnung behandeln lassen

Ein Sonderfall ist die Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten, die Kostenerstattung (§ 13 Absatz 2 SGB V) gewählt haben. Diese Möglichkeit steht allen Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse offen. Wird von einem Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse von dieser Wahlmöglichkeit Gebrauch gemacht, erhält der Patient vom behandelnden Arzt eine Privatrechnung auf Basis der GOÄ, die er zur (Teil-) Kostenerstattung bei seiner Krankenkasse einreichen kann.

6.1. Umfang der Kostenerstattung

Auch der Kostenerstattungs-Patient ist nach wie vor Versicherter der GKV. Er ist daher **kein echter Privatpatient**. Dies hat zur Folge, dass der Arzt in seiner Funktion als Vertragsarzt tätig wird und daher auch im Rahmen der Kostenerstattung **nur die Leistungen erbringen (und damit liquidieren) kann, die zum Leistungsumfang der GKV gehören. Damit sind die IGeL-Leistungen von einer Kostenerstattung nach § 13 SGB V ausgeschlossen**.

6.2. Erklärung des Patienten über die Wahlentscheidung zur Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V

Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass der Versicherte gegenüber seinem Arzt und seiner Krankenkasse vor Beginn der (Kostenerstattungs-)Behandlung eine entsprechende Erklärung abgibt. An die Wahlentscheidung ist der Versicherte je nach Satzung seiner Krankenkasse gegebenenfalls für einen bestimmten Zeitraum, mindestens jedoch für ein Quartal, gebunden.

Die Wahl der Kostenerstattung liegt alleine und ausschließlich im Ermessen des Patienten. Wie bei der Vereinbarung einer Privatbehandlung (siehe Punkt 4) gilt daher auch hier, dass dem Patienten nicht die Kostenerstattung aufgedrängt werden darf.

Dem Vertragsarzt steht eine Wahlmöglichkeit – Behandlung „auf Krankenversicherungskarte“ oder über Kostenerstattung – nicht zu. Er ist an die entsprechende Entscheidung seines Patienten gebunden.

Zur Vermeidung späterer Unstimmigkeiten oder Streitigkeiten sollte der Arzt jeden Kostenerstattungspatienten eine Erklärung unterschreiben lassen, aus der hervorgeht, dass die Erklärung über die Wahl der Kostenerstattung gegenüber der Krankenkasse abgegeben wurde und für welche Leistungsbereiche gegebenenfalls die Wahlentscheidung gelten soll.

7. Unzulässige Privatliquidation und unzulässiges Verlangen von Zuzahlungen

(Wahlentscheidung zur Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V)

Das verständliche Bestreben vieler Ärzte, in Zeiten enger finanzieller Möglichkeiten infolge der Budgetierungen und stagnierenden Gesamtvergütungszuflüssen ihre Einkommenssituation durch vermehrte Angebote privatärztlicher Behandlungen zu verbessern, hat dazu geführt, dass einige Versicherer und Krankenkassen gegen dieses Vorgehen Einwände erhoben haben. Die Folge waren Präzisierungen der Grenzen der zulässigen Privatliquidation durch die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit.

7.1. Keine Privatliquidation bei Budgetausschöpfung

Im Laufe der Zeit sind vermehrt Fälle bekannt geworden, in denen mit dem Argument, bestimmte Leistungen würden von den Kassen nicht mehr oder nur noch teilweise bezahlt, Zuzahlungen bzw. Privathonorare verlangt wurden. Als Gründe wurden angeführt:

- Budgetausschöpfung
- die Unterbewertung von Leistungen
- von Abstufungen betroffene Leistungsbereiche
- Leistungspauschalen oder Leistungskomplexe
- Mengen- bzw. Fallzahlbegrenzungen.

Die sozialgerichtliche Rechtsprechung hat derartigen Versuchen in einer Reihe von Entscheidungen unter Hinweis auf die Mischkalkulation der vertragsärztlichen Gebührenordnung eine eindeutige **Ab-sage** erteilt.

In allen genannten Fällen sind deshalb Honorarvereinbarungen auf privater Basis oder das Verlangen von Zuzahlungen unzulässig.

Unzulässig ist darüber hinaus die Privatliquidation von Leistungen, die Bestandteil von Leistungskomplexen sind, wie sie der EBM 2014 vorsieht.

Dies deshalb, weil die betreffende Leistung bereits anteilig in der Bemessung der Punktzahl des Leistungskomplexes enthalten ist. Eine Privatvereinbarung über diese Leistung würde daher eine Doppelhonorierung sowohl auf privater als auch auf vertragsärztlicher Basis bedeuten.

8. Vermeiden Sie Ärger mit Ihren Patienten!

Zwei Beispiele mögen erläutern, dass die Konfliktrichtigkeit in diesem Bereich nicht zu unterschätzen ist:

- Eine Mutter möchte, dass der Kinderarzt bei ihrer Tochter, die keine gesundheitlichen Probleme oder Beschwerden hat, eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung zwischen der U 7 (21. – 24. Monat) und der U 8 (43. – 48. Monat) durchführt, da sie sich besonders fürsorglich um das gesundheitliche Wohlergehen ihres Kindes sorgt. Der Kinderarzt erläutert ihr, dass nach den Bestimmungen der Kinder-Richtlinien eine solche zusätzliche Untersuchung von der Kasse nicht getragen wird, dass aber auch er es durchaus für sinnvoll halte, sie durchzuführen. Wegen der dadurch entstehenden Kosten solle sie sich keine Sorgen machen. Im übrigen könne sie ja versuchen, die Kosten ganz oder teilweise von ihrer Krankenkasse erstattet zu bekommen. Der Inhalt dieses Gesprächs wurde nicht dokumentiert. Die Mutter ist einverstanden, aber es kommt nicht zu einer schriftlichen Einverständniserklärung der Mutter, wonach sie die Leistung als Privatbehandlung wünsche, weil der Kinderarzt dies wegen der völligen Übereinstimmung für überflüssig hält. Nach Erhalt der Privatrechnung kommen ihr angesichts der Höhe doch Bedenken. Sie erinnert sich, dass der Kinderarzt ihr geraten habe, sich wegen einer Kostenerstattung an ihre Kasse zu wenden. Das tut sie und muss erfahren, dass die Kasse die Kosten für diese Untersuchung nicht erstatten darf. Der fürsorgliche Kassenmitarbeiter fragt sie, ob sie denn der Privatbehandlung schriftlich zugestimmt habe, und erfährt, dass das nicht der Fall ist. Somit wird dieser Ablauf Gegenstand einer Beschwerde der Krankenkasse bei der für den Kinderarzt zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wegen Verstoßes gegen die Bestimmungen des Bundesmantelvertrages (Erfordernis einer schriftlichen Einwilligungserklärung). In der Korrespondenz des Kinderarztes mit der KV muss er erfahren, dass die mündliche Übereinkunft zwischen ihm und der Mutter nicht ausreicht, um die Privatliquidation aufrecht zu erhalten. Die KV rät ihm, die Rechnung zu stornieren. Eine Abrechnung zu Lasten der Kasse scheidet aber auch aus.

Fazit: Wegen der vermeintlich kleinen Unachtsamkeit, sich die aus Sicht des Arztes bestehende Übereinkunft zwischen ihm und der Mutter nicht schriftlich bestätigen zu lassen, erhält er für seine Leistungen kein Honorar.

2. Beispiel:

- Ein Arzt hat die Überzeugung gewonnen, dass Schulterbeschwerden, jedenfalls soweit ihnen Knochenrisse zugrunde liegen, am optimalsten durch gezielte Cortison-Infiltrationen unter sonographischer Führungshilfe behandelt werden können. Eine Abrechnung dieser Behandlung zu Lasten der Krankenkassen wird vom Prüfungsausschuss als unwirtschaftlich beanstandet. Daraufhin stellt er für diese Behandlungen Privatrechnungen aus, ohne allerdings zuvor die dafür notwendige schriftliche Zustimmung der Patienten eingeholt zu haben. In einem Gespräch hat die zuständige KV ihn über die Notwendigkeit der Einhaltung der Bestimmungen der Bundesmantelverträge unterrichtet.

In der Folgezeit setzt der Arzt die Erstellung von Privatrechnungen fort und legt auf entsprechende Anfragen auch schriftliche Erklärungen der Patienten bei, wonach diese über kassenärztliche Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden und „nicht notwendige privatärztliche Zusatzbehandlung nach GOÄ“ wünschen.



<http://www.springer.com/978-3-662-46265-2>

Abrechnung IGeL 2015
Für Arztpraxis und Klinik
Hermanns, P.M.; Roscher, B. (Hrsg.)
2015, XVIII, 276 S., Softcover
ISBN: 978-3-662-46265-2