

Privatliquidation

Praxis Dr. med. Paul Muster

Dr. med. Paul Muster
Allgemeinarzt
Sportmedizin
Mustermannstr. 1
12345 Musterstadt
Tel.: 0123 / 12 34 56

Liquidation

Herrn
Max Mustermann
Musterstr. 1
12345 Musterstadt

Name: _____

Adresse: _____

Für durchgeführte ärztliche Leistungen erhalte ich mit gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nachstehende Gebühren auf
berechnet. Den Gesamtbetrag bitte ich auf eines der oben angegebenen Konten unter Angabe des Hausarztzettelnummer zu überweisen.

Beurteilungskategorie	GOÄ-Nr.	Bezugs- funktion- Mittel	Einheitspreis (€) x 2	Stufe	Teilankündigung	GOÄ-Nr.	Bezugs- funktion- Mittel	Leistungsnummer SUSE2	Class

Alles Gute.



IMPRESSUM

Privatliquidation bei GKV-Versicherten

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

Autor

Bernhard Schmidbauer

Redaktion

Dr. Thomas Zalewski

Erscheinungstermin

Dezember 2008

Gestaltung und Realisation

Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Auflage

22.000

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die private Liquidation ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen ist aus dem Praxisalltag kaum mehr wegzudenken. Das gilt zunehmend nicht nur bei Privatpatienten, sondern auch und gerade für Versicherte der GKV, umfasst doch der GKV-Leistungskatalog keinesfalls alles, was denkbar, wünschenswert und medizinisch möglich wäre. Das wissen auch die GKV-Patienten. Nur die wenigsten sehen das Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt gestört, wenn dieser daher Selbstzahlerleistungen zusätzlich anbietet. Etliche dieser Leistungen werden unter dem Stichwort „Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)“ oftmals aktiv nachgefragt, denkt man an das weite Feld der kosmetischen Behandlungen oder die reisemedizinische Beratung. Es versteht sich natürlich von selbst, dass ein Arzt keinen Druck auf seinen Patienten ausübt, sondern in einem ausführlichen Gespräch alle Handlungsoptionen aufzeigt.

Für den Arzt und Psychotherapeuten stellt sich also wiederkehrend die Frage, wann er Leistungen privat in Rechnung stellen kann und wie dies korrekt zu geschehen hat. Hier gibt es viele Missverständnisse und Unklarheiten. Ein vorab geschlossener Vertrag und eine Rechnung sind die Grundpfeiler der Privatliquidation. Was darüber hinaus noch zu beachten ist, zeigt diese Broschüre detailliert auf.

Sie gibt darüber hinaus Informationen zu einem Sonderfall innerhalb der Privatliquidation an die Hand: Kostenerstattung anstelle der Sachleistung. Diese Möglichkeit wird durch das GKV-WVG eröffnet. Allerdings muss sich der Arzt vergegenwärtigen, dass die Kostenerstattung mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand und dem vollen Zahlungsrisiko zulasten des Arztes verbunden ist.

Ein kleiner Exkurs beleuchtet die Terminvergabe für Privatpatienten, die immer wieder zu Diskussionen führt. Hier gibt es gewisse Freiheiten, aber auch Grenzen, die der Arzt kennen sollte, will er nicht gesetz- oder vertragswidriges Verhalten riskieren.

Unsere Absicht ist es, Ihnen ein nützliches Compendium für die tägliche Arbeit in Ihrer Praxis an die Hand zu geben. Er soll Ihnen dabei helfen, sich auf rechtssicherem Terrain zu bewegen und die Möglichkeiten, die die Privatliquidation allen Beteiligten eröffnet, zu nutzen.

Mit kollegialen Grüßen Ihr



Dr. med. Achim Hoffmann-Goldmayer
Vorsitzender des Vorstands der KVBW

INHALTSVERZEICHNIS

1. Leistungsanspruch und Behandlungspflicht	5
2. Zulässigkeit einer Privatliquidation	6
3. Voraussetzungen für eine Privatliquidation	9
4. Unzulässige Privatliquidation	10
5. Das Leistungsspektrum in der Praxis	12
6. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen	14
7. Sonderfall Kostenerstattung	15
8. Privatärztliche Behandlung beim Fehlen einer Abrechnungsgenehmigung	18
9. Konkurrenzverhältnis zwischen Behandlung von GKV- und Privatpatienten	18
10. Privatliquidation bei prästationärer Diagnostik für die Krankenhäuser	19
11. Übersicht Sachleistungsanspruch/Privatliquidation	20

Anlagen

Anlage 1

Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gemäß § 18 Abs. 8 BMV-Ä/ § 21 Abs. 8 EKV (Muster)	22
--	-----------

Anlage 2

Erklärung für GKV-Versicherte, die bei ihrer Krankenkasse Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V gewählt haben (Muster)	23
--	-----------

I. Leistungsanspruch und Behandlungspflicht

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat der Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dieser Leistungsanspruch umfasst neben der ärztlichen Behandlung unter anderem auch die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Dabei gilt das sogenannte Sachleistungsprinzip, wonach den Versicherten die erforderlichen Leistungen als Sach- oder Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen sind (§ 2 Abs. 2 SGB V).

Dem Anspruch des Versicherten gegenüber steht eine Behandlungspflicht jener Ärzte und Psychotherapeuten, die an der vertrags-

ärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese haben den Leistungsanspruch der Versicherten zu erfüllen und dabei insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Dies bedeutet: Versicherte haben Anspruch (nur) auf diejenige ärztliche Versorgung, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet. Auf unwirtschaftliche Leistungen hat der Versicherte keinen Rechtsanspruch. Weder darf der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt oder Psychotherapeut diese als Sachleistung der GKV erbringen und verordnen, noch darf die gesetzliche Krankenkasse diese Leistungen bewilligen beziehungsweise bezahlen.

2. Zulässigkeit einer Privatliquidation

In dem oben definierten Rahmen haben die Versicherten einen Anspruch auf die notwendige ärztliche Versorgung. Der Vertragsarzt hat nicht die Befugnis, bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung eigenmächtig zwischen privatärztlicher und vertragsärztlicher Tätigkeit oder Behandlung zu wählen (kein Wahlrecht).

In der vertragsärztlichen Versorgung gilt außerdem der Grundsatz, dass eine Vergütung vom Versicherten nur gefordert werden darf, **wenn und soweit** der Versicherte **vor Beginn der Behandlung** ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies dem Vertragsarzt auch ausdrücklich schriftlich bestätigt.

Für den „Normalfall“ (Patient kommt als GKV-Versicherter in die Praxis und gibt sich durch Vorlage der Versichertenkarte als solcher zu erkennen) bedeutet dies, dass der Arzt die erforderlichen Leistungen im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit als Sachleistungen erbringen und abrechnen muss. Privatliquidationen und Zuzahlungen sind, von den gesetzlich ausdrücklich gestatteten Ausnahmen abgesehen, nicht zulässig.

Die Fälle zulässiger Zuzahlungen oder „Privatbehandlungen“ sind im SGB V und im Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassenvertrag-Ärzte abschließend geregelt. Hierzu

zählen unter anderem insbesondere die Praxisgebühr oder Zuzahlungen bei Massagen, Bädern und Krankengymnastik.

Ausnahmsweise kann eine Vergütung dann gefordert werden, wenn

- die Versichertenkarte nicht vorgelegt worden ist (beziehungsweise kein gültiger Behandlungsausweis vorliegt) und
- diese nicht innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vom Versicherten nachgereicht wird.

Wenn der Versicherte bis zum Ende des Kalendervierteljahres aber eine gültige Versichertenkarte oder einen anderen gültigen Behandlungsausweis nachreicht, muss ihm eine bereits bezahlte Vergütung wieder zurückerstattet werden.

Daneben gibt es weitere Konstellationen, in denen abweichend vom Sachleistungsprinzip eine privatärztliche Leistungserbringung und -abrechnung durchaus in Betracht kommt:

- a) Dazu gehören die Fälle der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 oder 3 SGB V (siehe hierzu unten Punkt 7, S. 15).

- b) Der GKV-Versicherte möchte, obwohl er einen Leistungsanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung hat, in vollem Umfang als Privatpatient behandelt werden und bringt dies **von sich aus** dem Arzt gegenüber **vor Behandlungsbeginn** zum Ausdruck. Der Versicherte ist dann ein echter Privatpatient in dem von ihm ausdrücklich gewünschten Leistungsumfang.
- c) Der Versicherte kommt zwar unter Vorlage seiner Versichertenkarte (und damit als GKV-Patient) in die Praxis, wünscht aber ganz oder zum Teil Leistungen, die der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasst.

Hier sind insbesondere diejenigen Leistungen relevant, die als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) bezeichnet werden – also Leistungen, die

- nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören,
- dennoch vom Patienten nachgefragt werden und
- ärztlich empfehlenswert oder – je nach Intensität des Patientenwunsches – zumindest ärztlich vertretbar sind.

Um das Bewusstsein der Patienten für die Grenzen der Kassenmedizin zu wecken, spielen sowohl die Transparenz der Leistungen als auch eine entsprechende Aufklärung durch den Arzt oder Psychotherapeuten sowie deren Personal eine wichtige Rolle.

Bei der Erbringung und Abrechnung von IGeL-Leistungen sind daher die in dieser Broschüre dargestellten Bedingungen, die bei einer Privatliquidation erfüllt sein müssen, in besonderer Weise zu beachten.

- d) Der Versicherte wünscht Leistungen, die zwar im Leistungskatalog der GKV enthalten sind und vom Arzt auch als Sachleistung in diesem Rahmen erbracht werden könnten. Die gewünschten Leistungen sind jedoch im konkreten Behandlungsfall nicht zweckmäßig oder notwendig im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes („Wunschbehandlung“).
- e) Die Behandlung erfordert Leistungen, die Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs und im konkreten Fall aus ärztlicher Sicht auch notwendig und geboten sind. Der Patient wünscht dennoch speziell diese Leistungen auf privatärztlicher Basis, möchte im Übrigen jedoch weiterhin als GKV-Patient behandelt werden („Leistungsplitting“).

Hierzu gehört auch der Wunsch des Patienten auf Aufteilung der ärztlichen Behandlung in einen privatärztlichen und einen vertragsärztlichen Teil. Voraussetzung dafür ist, dass die privatärztlich gewünschte Leistung eine **selbstständige Leistung** ist und als solche auch selbstständig geltend gemacht werden kann. Gemäß den EBM-Regelungen ist eine Leistung dann nicht neben oder anstelle einer anderen Leistung berechnungsfähig, wenn sie Teil des Leistungsinhalts einer anderen berechnungsfähigen Leistung oder eines Leistungskomplexes ist.

So ist nach der sozialgerichtlichen Rechtsprechung zum Beispiel der Begriff „Operation“ abrechnungstechnisch weit zu verstehen. Zu einer „Operation“ gehört danach alles, was zur Erreichung des Operationsziels erforderlich ist. Einzelne Teile oder Teilschritte der „Operation“ sind somit unselbstständige und nicht gesondert abrechenbare Teilleistungen. Sie sind mit den Gebührenpositionen für die Operationsleistung abgegolten.

Dementsprechend auch die Regelungen des Bundesmantelvertrags, der eine Aufspaltung des Behandlungsvertrags nur zulässt, „wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden“ (§ 18 Abs. 8 Nr. 2).

Häufig werden Zuzahlungen für die Verwendung besonderer („besserer“) Instrumente gefordert. Zum Beispiel bietet ein Arzt seinem Patienten die Zystoskopie mit einem starren Instrument als „Normalleistung“ im Rahmen der GKV an und alternativ die Verwendung eines flexiblen Zystoskops als Privatleistung oder mit Zuzahlung. Dieses Vorgehen ist nicht zulässig. In derartigen Fällen stellt sich häufig die Frage, ob die Verwendung eines „einfacheren“ Instrumentariums, insbesondere wenn ein „besseres“ vorhanden ist, noch dem aktuellen Stand der medizinischen Anforderungen gerecht wird oder unter Umständen gar den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt.

3. Voraussetzungen für eine Privatliquidation

In allen oben genannten zulässigen Konstellationen ist die private Liquidation von folgenden weiteren Bedingungen abhängig:

- a) Die Initiative für die Privatbehandlung muss vom Patienten ausgehen: Er muss diesen Wunsch äußern. Dieser ausdrückliche Wunsch ist gemäß den Vorgaben des Bundesmantelvertrags schriftlich zu bestätigen. Der Vertragsarzt oder Psychotherapeut darf dabei keinesfalls den Patienten in irgendeiner Form in Richtung Privatbehandlung drängen.

Strittig ist insoweit, ob der Arzt zumindest auf die Möglichkeit einer Privatbehandlung hinweisen darf. Grundsätzlich wird man dies wohl bejahen können.

Allerdings sind die Grenzen zwischen „Hinweis“ und „Drängen“ in der subjektiven Wahrnehmung durchaus fließend und damit häufig Anlass für Auseinandersetzungen. Eine zurückhaltende Vorgehensweise ist also durchaus anzuraten.

- b) Der Patient muss über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung in Kenntnis gesetzt werden. Der Arzt muss daher den Patienten zunächst darauf hinweisen, welche der gegebenenfalls privat gewünschten Leistungen an sich durch die gesetzliche Krankenversicherung und damit ohne zusätzliche Zahlungen übernommen würden.

- c) Der Arzt muss den Patienten über die Konsequenzen aus der Privatbehandlung vorab informieren, insbesondere darüber, dass weder eine vollständige noch eine teilweise Beteiligung der Krankenkassen an diesen privat veranlassten Kosten in Betracht kommt. Der Patient muss sich daher im Klaren sein, dass er die Kosten alleine zu tragen hat.

- d) Über die gewünschte Privatbehandlung ist vor Beginn der Behandlung ein schriftlicher Behandlungsvertrag zu schließen. Eine entsprechende Verpflichtung steht bereits im Bundesmantelvertrag. Aber auch aus Beweisgründen ist jeder Vertragsarzt gut beraten, eine entsprechende Vereinbarung abzuschließen und die Erfüllung der genannten Voraussetzungen zu dokumentieren. Ein Muster einer derartigen Vereinbarung ist als Anlage I auf S. 22 beigefügt.

- e) Die Rechnungserstellung hat nach den Vorschriften der GOÄ zu erfolgen! Diese sowie das ärztliche Berufsrecht (zum Beispiel hinsichtlich der Fachgebietsgrenzen) gelten in vollem Umfang und sind zu beachten. Da der Patient ein Recht auf eine der GOÄ entsprechende Rechnung hat, ist es nicht ausreichend, ihm nur eine Quittung über den bezahlten Betrag auszuhändigen. Nur eine den Grundsätzen der GOÄ entsprechende Rechnung löst eine Zahlungspflicht des Patienten aus (vergleiche § 12 GOÄ).

4. Unzulässige Privatliquidation

Wie bereits dargestellt, kommt eine privatärztliche Leistungserbringung und Leistungsabrechnung bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nur unter bestimmten Voraussetzungen infrage. Liegen diese nicht vor oder sind die erforderlichen Bedingungen nicht erfüllt, ist eine Privatliquidation unzulässig.

Dennoch werden immer wieder Fälle bekannt, in denen mit verschiedensten, im Ergebnis aber unzulässigen Argumenten Zuzahlungen beziehungsweise Privathonorare verlangt worden sind. Häufig verwendete, aber nicht zulässige Begründungen sind zum Beispiel:

- die bereits erfolgte Budgetausschöpfung,
- die Unterbewertung von Leistungen,
- von Abstaffelungen betroffene Leistungsbereiche, Leistungspauschalen oder Leistungskomplexe,
- Mengen- beziehungsweise Fallzahlbegrenzungen,
- die Leistungserbringung mit neueren, moderneren Geräten oder die Anwendung neuer Therapieverfahren,
- die Leistungen würden von den Krankenkassen nicht mehr, nicht ausreichend oder nur noch teilweise bezahlt.

Die sozialgerichtliche Rechtsprechung bis hin zum Bundessozialgericht hat derartigen Argumentationsbemühungen zwischenzeitlich mehrfach unter Hinweis auf die Mischkalkulation der vertragsärztlichen Gebührenordnung eine eindeutige Absage erteilt. Außerhalb der dargestellten Ausnahmen sind deshalb Honorarvereinbarungen auf privater Basis oder das Verlangen von Zuzahlungen eindeutig unzulässig.

Dies gilt insbesondere für die Privatliquidation von Leistungen, die Bestandteil von Leistungskomplexen sind, da die betreffende Leistung bereits anteilig in der Bemessung der Punktzahl des Leistungskomplexes enthalten ist. Eine Privatvereinbarung über diese Leistung würde daher eine Doppelabrechnung sowohl auf privater als auch auf vertragsärztlicher Basis bedeuten.

Auch in den folgenden Fällen ist im Übrigen eine vollständige oder auch teilweise Privatliquidation unzulässig:

- Aufgrund der Aufteilung in die haus- oder fachärztliche Versorgung ist für die Praxis eine entsprechende Zuordnung zum haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgt. Die (früher zulässigerweise) erbrachten Ausschlussleistungen (KO-Katalog) aus der fachärztlichen

Versorgung können in der hausärztlichen Versorgung nicht mehr – auch nicht privat! – erbracht werden. Gleiches gilt für die hausärztlichen Leistungen bei Zuordnung zur fachärztlichen Versorgung. Der Patient ist insoweit an einen Kollegen aus dem entsprechenden Versorgungsbereich zu überweisen.

Achtung: Häufig wird hier mit dem Hinweis: „Ich darf ja nicht mehr auf Karte, aber privat könnte ich ...“ argumentiert. Dies ist eine klare Umgehung der Abrechnungsbestimmungen und in aller Regel als Drängen in die Privatliquidation zu interpretieren. Ein solches Vorgehen ist daher unzulässig!

- Für eine bestimmte Leistung, die Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV ist, hat ein Vertragsarzt nicht die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung. Auch hier ist eine private Leistungserbringung nicht zulässig und der Patient muss an einen vertragsärztlich tätigen Kollegen überwiesen werden, sofern die Leistung für den Behandlungsverlauf notwendig und geboten ist. Ein privatärztliches Leistungsangebot wäre ein klarer Pflichtenverstoß.
- Der Zulassungsausschuss hat den bisherigen Ermächtigungsumfang eines Krankenhausarztes eingeschränkt. Die nun nicht mehr von der Ermächtigung umfassten Leistungen können nicht ersatzweise im Wege der Privatliquidation den Patienten in Rechnung gestellt werden.

5. Das Leistungsspektrum in der Praxis

Kein Vertragsarzt kann rechtlich verpflichtet werden, in seiner Praxis alle Leistungen anzubieten, die er grundsätzlich im Rahmen seines Fachgebiets erbringen könnte. Unökonomische Praxisteile kann der Vertragsarzt daher stilllegen, zur Vorhaltung nicht kostendeckend erbringbarer Leistungen kann er nicht gezwungen werden – soweit der Grundsatz.

Die Entscheidung, zum Beispiel Röntgenuntersuchungen aus wirtschaftlichen Gründen in der Praxis nicht mehr zu erbringen, ist daher zu respektieren. Es verstößt auch nicht von vornherein gegen vertragsärztliche Pflichten, wenn ein bestimmtes Leistungsangebot nicht mehr im vertragsärztlichen Bereich, sondern nur noch privatärztlich erfolgt. Zu beachten ist allerdings, dass diese Leistungen dann auch nur „echten“ Privatpatienten angeboten werden können. Nicht zulässig wäre es, das Angebot auf GKV-Versicherte (auf privatärztlicher Basis) auszudehnen.

Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, der so auch zu dokumentieren ist, ist aber auch in diesem Fall eine privatärztliche Leistungserbringung, bei Erfüllung aller sonstigen Anforderungen, möglich – aber auch nur dann.

Teilweise wird zu dieser Frage auch die Meinung vertreten, dass eine Aufteilung des Leistungsangebotes der Praxis in ein privates und ein GKV-Leistungsspektrum grundsätz-

lich nicht zulässig sei. Nach dieser Auffassung muss jede Leistung, die dem Patienten privat angeboten werden soll, gleichermaßen im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit angeboten werden, sofern die apparative Ausstattung und die qualitativen Anforderungen der GKV erfüllt sind und gegebenenfalls erforderliche persönliche Genehmigungen vorliegen. Nach dieser Meinung gibt es also kein abweichendes Leistungsspektrum im privat- und vertragsärztlichen Bereich. Diese Auffassung ist aber als zu weitgehend und als den Arzt in seiner unternehmerischen Freiheit zu sehr beschränkend abzulehnen.

Zu berücksichtigen ist aber auf jeden Fall, dass nach der herrschenden Rechtsprechung die wesentlichen, das Fachgebiet prägenden Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit anzubieten sind. Die Möglichkeit der Ausgliederung besteht daher, wenn überhaupt, vor allem bei „Nebenleistungen“. Auch die sozialgerichtliche Rechtsprechung hat zwischenzeitlich klargestellt, dass ein Vertragsarzt sein Leistungsspektrum nicht beliebig einseitig zulasten der GKV-Versicherten einschränken darf. Er ist aufgrund seiner Zulassung verpflichtet, an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken, indem er grundsätzlich die typischen Leistungen seines Fachgebietes anbietet und erbringt. Anhaltspunkt für die Abgrenzung typischer Fachgebietsleistungen können die einschlägigen Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sein.

Die Entscheidung des Arztes über das Angebot bestimmter Leistungen auf vertragsärztlicher oder privatärztlicher Basis darf im Übrigen keinesfalls von der durch die KV mit einer einzelnen Kassenart abgeschlossenen Vergütungsvereinbarung abhängig gemacht und so von Kassenart zu Kassenart unterschiedlich gehandhabt werden.

Soweit in der Praxis Leistungen, die in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen fallen und in einem Behandlungsfall notwendig sind, nicht als GKV-Leistungen angeboten werden, ist der Versicherte an

einen entsprechenden Kollegen zur Leistungserbringung zu überweisen. Es ist nicht zulässig, in diesen Fällen dem Patienten alternativ die Leistungserbringung auf privater Basis anzubieten. Nur wenn der Patient ausdrücklich die Erbringung dieser Leistung durch den Arzt wünscht und die oben unter Punkt 3 genannten Kriterien bezüglich Initiative und Aufklärung vorliegen, kann ausnahmsweise ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag vereinbart werden. Aufgrund der in diesem Zusammenhang immer wieder auftretenden Probleme sollte hier aber eher restriktiv vorgegangen werden.

6. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen

Eine besondere Problematik entsteht, wenn eine Gruppe von Ärzten in einem Bereich – nicht notwendigerweise abgesprochen, aber übereinstimmend – erklärt, bestimmte Leistungen künftig nicht mehr im System der GKV, sondern nur noch auf privater Basis erbringen zu wollen. Eine Versorgung der GKV-Patienten durch Weiterüberweisung an Kollegen wird hierdurch unter Umständen vereitelt. Ein solches Vorgehen ist mit dem Sicherstellungsauftrag der Vertragsärzte beziehungsweise der Kassenärztlichen Vereinigung auf jeden Fall unvereinbar:

Die KV hat die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen entspricht. Erfüllt wird diese Aufgabe für die KV durch die einzelnen Vertragsärzte,

die Mitglieder der KV sind. Der Vertragsarzt übernimmt dabei mit seiner Kassenzulassung die Verpflichtung, in dem zur Sicherstellung der Versorgung erforderlichen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für ihn verbindlich.

Bei einem kollektiven Vorgehen – wie oben geschildert – würde der den KVEn übertragene Sicherstellungsauftrag zumindest für die betroffenen Leistungsbereiche nicht mehr erfüllt. In diesem Fall muss die KV mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln tätig werden. Dies bedeutet nicht nur ein disziplinarrechtliches Vorgehen gegen die betroffenen Ärzte, sondern möglicherweise auch die Einschaltung des Zulassungsausschusses mit dem Ziel eines Entzugs der vertragsärztlichen Zulassung.

7. Sonderfall Kostenerstattung

- a) Ein Sonderfall gegenüber der Behandlung nach dem Sachleistungsprinzip ist die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V.

Da auch der Kostenerstattungs-Patient nach wie vor Versicherter der GKV bleibt, ist er kein „echter“ Privatpatient, sondern hat (im Wesentlichen) nur einen anderen Abrechnungsweg für die in Anspruch genommenen Leistungen gewählt. Der sachliche Umfang der Leistungspflicht der Krankenkasse ändert sich in der Kostenerstattung nicht. Es besteht daher ein Anspruch auf Behandlung lediglich im selben Umfang und in denselben Grenzen wie im Sachleistungssystem. Auch Kostenerstattungsleistungen müssen deshalb in ihrer Qualität und Wirksamkeit den Anforderungen des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V (Stand der medizinischen Erkenntnisse) genügen sowie das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V einhalten. Sie sind also nur im Rahmen des Notwendigen, Ausreichenden, Zweckmäßigen und wirtschaftlich Erforderlichen zulässig. Nicht notwendige oder unwirtschaftliche Leistungen können Versicherte auch in der

Kostenerstattung nicht beanspruchen. Letztlich dürfen daher im Rahmen der Kostenerstattung auch nur die Leistungen erbracht und abgerechnet werden, die zum Leistungsumfang der GKV gehören.

Außerdem ist ein Kostenerstattungs-Patient wie jeder andere GKV-Versicherte auch grundsätzlich auf die Inanspruchnahme von zugelassenen beziehungsweise ermächtigten Vertragsärzten/ Psychotherapeuten beschränkt. Nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse können im Einzelfall auch andere Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Diese Genehmigung kann von der Kasse dann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme solcher dritter Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Leistungserbringung gewährleistet ist. Zu bedenken ist auch, dass Leistungserbringer, die in einem kollektiven Verfahren ihre Zulassungen zurückgegeben haben (§ 95b SGB V), im Rahmen der Kostenerstattung nicht in Anspruch genommen werden können.

Voraussetzung für die Kostenerstattung ist immer eine entsprechende Wahl-erklärung des Versicherten **nach entsprechender Beratung durch den Leistungserbringer vor Behandlungsbeginn**, von der die Krankenkasse in Kenntnis zu setzen ist. Die getroffene Wahlentscheidung bindet den Patienten für ein Jahr. Ein entsprechendes Muster für eine Wahlklärung ist als Anlage 2 abgedruckt.

Die Wahl der Kostenerstattung kann umfassend (für alle Leistungsbereiche) erfolgen, es ist aber auch eine Beschränkung der Kostenerstattung auf

- den Bereich der ärztlichen Behandlung,
- den Bereich der zahnärztlichen Behandlung,
- den stationären Bereich oder
- veranlasste Leistungen möglich.

Nicht zulässig ist eine Wahlentscheidung beschränkt auf **einzelne** Leistungen oder auf die Behandlung durch einen bestimmten Arzt.

Abgesehen vom Umfang der Wahlentscheidung bleibt im Übrigen der Sachleistungsanspruch des Versicherten vollumfänglich bestehen.

Die Wahl der Kostenerstattung stellt also eine weitreichende Entscheidung dar. Sie verursacht unter Umständen erhebliche finanzielle Folgen für den Versicherten, aber auch für die Vertragsärzte:

- Die Leistungen der Krankenkassen für Kostenerstattungen werden von den an die KV zu zahlenden Gesamtvergütungen abgezogen und schmälern damit das zur Verteilung zur Verfügung stehende Honorarvolumen.
- Der Verwaltungsaufwand für den Arzt steigt, da er für jeden Kostenerstattungs-Patienten eine gesonderte Privatrechnung ausstellen muss und das volle Zahlungsrisiko trägt.
- Eine große Zahl von Kostenerstattungs-Patienten verändert die Berechnungsgrundlage für Budgets und Pauschalen.
- Die Erstattungsleistungen der Kassen dürfen nicht höher ausfallen als die Kosten, die bei Sachleistung anfallen würden (also bei Abrechnung im üblichen Weg über die KV). Außerdem müssen die Kassen Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vornehmen; die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind ebenfalls vom Erstattungsbetrag abzuziehen.

Der Kostenerstattungs-Patient wird daher in aller Regel einen erheblichen Teil der Rechnung selbst tragen müssen, nicht zuletzt auch abhängig vom Steigerungssatz, welcher der GOÄ-Rechnung zugrunde gelegt ist.

Auf dieses Kostenrisiko muss der Leistungserbringer den Patienten vor Behandlungsbeginn ausdrücklich hinweisen. Diese Aufklärung ist vom Versicherten schriftlich zu bestätigen.

Es kann im Übrigen nicht deutlich genug gesagt werden: Die Wahl der Kostenerstattung liegt alleine und ausschließlich im Ermessen des Patienten. Nur er entscheidet, ob und in welchem Umfang er die Kostenerstattung in Anspruch nehmen will. Dem Vertragsarzt/Psychotherapeuten steht eine Wahlmöglichkeit – Behandlung auf „Chipkarte“ oder Kostenerstattung – nicht zu. Er ist an die entsprechende Entscheidung des Patienten gebunden. Wie bei der Vereinbarung einer Privatbehandlung darf dem Patienten auch die Kostenerstattung nicht aufgedrängt werden.

Darüber hinaus bedeutet die Wahl der Kostenerstattung keineswegs die Zustimmung des Patienten zu einer Privatbehandlung über den GKV-Umfang hinaus. Hierfür bedarf es eines gesonderten privatärztlichen Behandlungsvertrags.

- b) Ein weiterer Sonderfall ist die Kostenerstattung bei selbst beschafften Leistungen durch den Versicherten gemäß § 13 Abs. 3 SGB V. Danach sind dem Versicherten Kosten für **selbst beschaffte Leistungen** von seiner Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn

- eine **unaufschiebbare** Leistung nicht rechtzeitig durch die Krankenkasse erbracht werden konnte oder
- die Leistung zu Unrecht von den Krankenkassen **abgelehnt** wurde und dadurch dem Versicherten Kosten entstanden sind.

Beiden Alternativen ist gemeinsam, dass den Versicherten aus für sie objektiv oder subjektiv zwingenden Gründen die zustehende Sach-/Naturalleistung nicht gewährt wurde, weil das Sachleistungssystem versagt hat („Systemversagen“, zum Beispiel durch bestehende Versorgungslücken). Diese Situation allein legitimiert den Versicherten, sich die notwendigen Leistungen selbst zu beschaffen und die entstandenen Kosten bei seiner Krankenkasse geltend zu machen. Mit dem Begriff „selbst beschaffte Leistung“ meint das Gesetz das Verlassen des primären Sachleistungswegs durch privatrechtliche Inanspruchnahme eines – häufig nicht zugelassenen – Leistungserbringers.

Die restriktive Ausgestaltung dieser Regelung beschränkt ihre Anwendbarkeit auf Einzelfälle, für die entweder eine notfallähnliche Situation der unaufschiebbaren Leistung oder eine unrechtmäßige Ablehnung vorliegen muss.

8. Privatärztliche Behandlung beim Fehlen einer Abrechnungsgenehmigung

Fehlt dem Vertragsarzt die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher Leistungen, ist der Abschluss eines privatärztlichen Behandlungsvertrags nur mit der Maßgabe zulässig, dass der Vertragsarzt den Versicherten vorher über das Fehlen der Voraussetzung und den Verlust des Versicherungsschutzes aufklärt und ihn darauf hinweist, dass die Leistung bei einem anderen Vertragsarzt als GKV-Leistung

(ohne Mehrkosten) erhältlich ist. Dasselbe gilt, wenn der Arzt bestimmte ärztliche Leistungen, zwar berufsrechtlich seinem Fachgebiet zugehörig, in der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbringen darf, weil sie durch seine Teilnahme an der hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind. Letztlich gilt hier der gleiche Grundsatz, wie er oben zu den Voraussetzungen für eine Privatliquidation dargelegt wurde.

9. Konkurrenzverhältnis zwischen Behandlung von GKV- und Privatpatienten

Im Rahmen des privaten Behandlungsvertrags ist es dem Arzt freigestellt, wann und in welchem „organisatorischen“ Ablauf er den Patienten behandelt. Solange der Vertragsarzt seine Behandlungspflicht gegenüber GKV-Versicherten nach Maßgabe der vertragsärztlichen Bestimmungen – auch mit ausreichenden Sprechstunden – erfüllt, können mit Privatpatienten besondere Absprachen getroffen werden. So ist eine kurzfristige Terminvereinbarung mit Privatpatienten und eine Terminvergabe an GKV-Versicherte in der Reihenfolge der Anmeldung unseres Erachtens grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Zur Vermeidung gesetzes- beziehungsweise vertragswidrigen Verhaltens gegenüber GKV-Patienten sollten Sie nachstehende Grundsätze unbedingt beachten:

- Notfallbehandlungen haben Vorrang vor jeder anderen Behandlung.
- Schmerzpatienten sind zeitnah zu behandeln.
- Die Behandlung von GKV-Patienten darf aus rein finanziellen Gründen nicht zu Gunsten der Behandlung von Privatpatienten abgelehnt werden; lediglich eine unterschiedliche, aber dem Behandlungsbedürfnis adäquate Terminvergabe ist möglich.
- Bei langfristiger Terminvergabe für die notwendige Behandlung ist darauf zu achten, dass der zuständigen Krankenkasse kein „sonstiger Schaden“ entsteht (zum Beispiel Verschiebung eines für notwendig erachteten OP-Termins mit der Konsequenz, dass dadurch längere Arbeitsunfähigkeitszeiten mit Krankengeldanspruch entstehen); ansonsten droht Regressgefahr!

10. Privatliquidation bei prästationärer Diagnostik für die Krankenhäuser

Leistungen im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung sind aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen (§ 3 BMV-Ä/§ 2 EKV).

Die zur Feststellung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung erforderlichen Untersuchungen sind vom niedergelassenen Vertragsarzt ambulant durchzuführen und zulasten der Gesamtvergütung abzurechnen. Ist jedoch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung festgestellt, sind alle weiteren erforderlichen prästationären Leistungen ausschließlich vom Krankenhaus zu erbringen. Insbesondere ist dieses weder berechtigt, die Patienten an den niedergelassenen Vertrags-

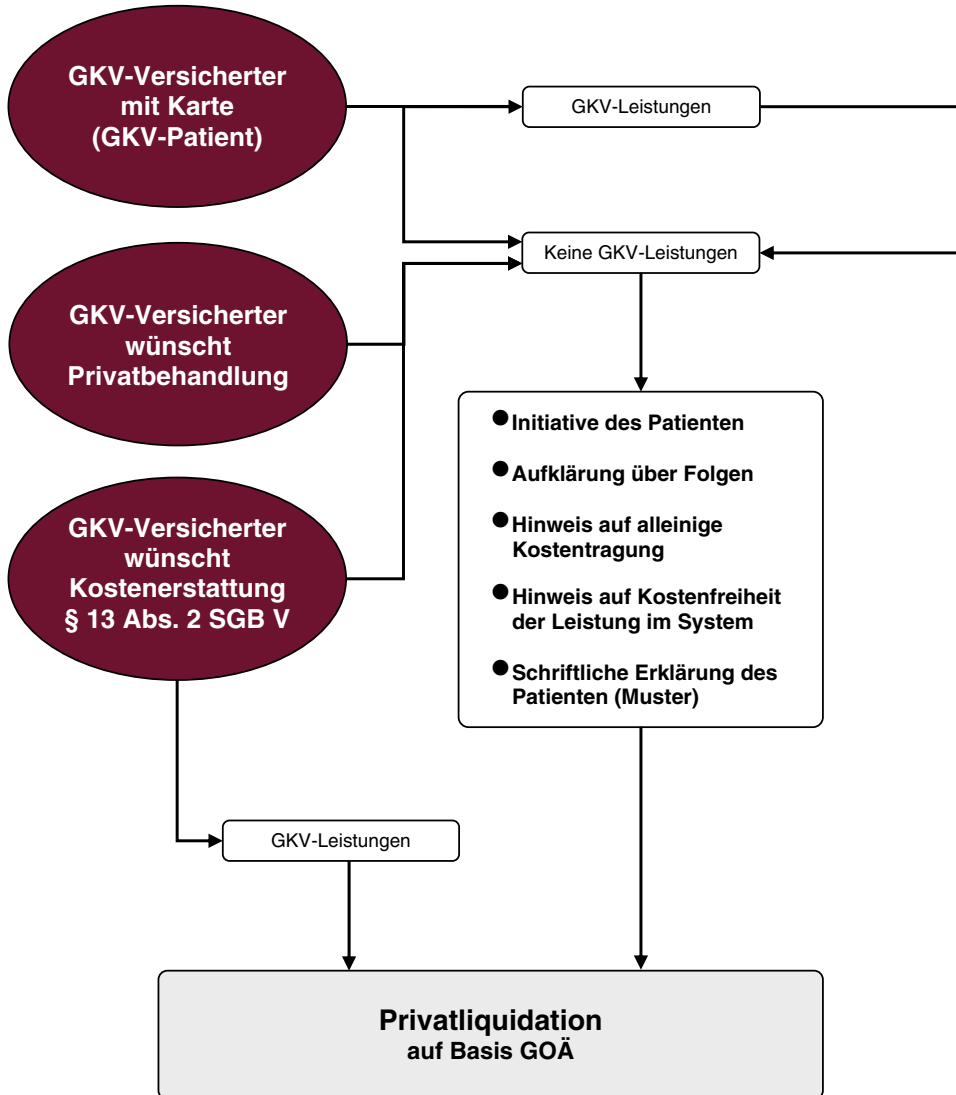
arzt zurückzuverweisen, um von ihm die prästationäre Diagnostik erbringen zu lassen, noch darf es von ihm eine Überweisung zur ambulanten Behandlung anfordern.

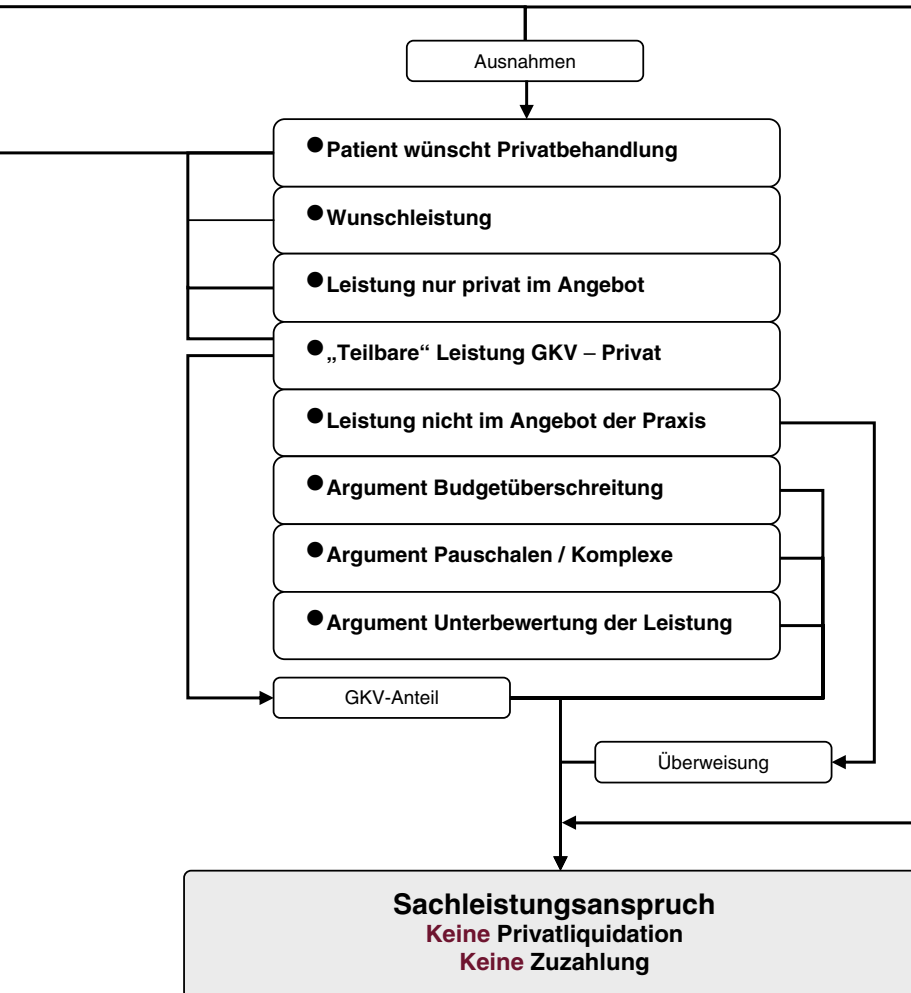
Ausnahmen gelten im Bereich der belegärztlichen Behandlung. Ebenso obliegt es dem niedergelassenen Vertragsarzt, den Patienten an einen ermächtigten Krankenhausarzt zu überweisen, wenn die Feststellung der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme ohne dessen konsiliarische Beurteilung nicht abschließend geklärt werden kann. In diesen Fällen sind die prästationären Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen und über die Kassenärztliche Vereinigung zulasten der Gesamtvergütung abzurechnen.

Fordert das Krankenhaus also Leistungen vom niedergelassenen Vertragsarzt an, die über die Feststellung der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung hinausgehen, sind diese dem niedergelassenen Vertragsarzt durch das

Krankenhaus auf GOÄ-Basis zu vergüten. Um anschließenden Abrechnungsschwierigkeiten vorzubeugen, empfiehlt es sich, vor Erbringung der Leistungen mit dem Krankenhaus eine schriftliche Vergütungsvereinbarung zu treffen.

II. Übersicht Sachleistungsanspruch/Privatliquidation





Anlage I

ERKLÄRUNG

über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gemäß § 18 Abs. 8 BMV-Ä/ § 21 Abs. 8 EKV

Ich,
(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

wünsche, durch meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt

.....
(Name der Ärztin/des Arztes)

die folgende(n) Leistung(en) auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen:

Dieser Wunsch ist nicht auf Initiative meiner behandelnden Ärztin/meines behandelnden Arztes zustande gekommen. Ausschlaggebend für meine Entscheidung war vielmehr folgender Sachverhalt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Die von mir gewünschte(n) Leistung(en) ist/sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Die Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) würden jedoch, wie meine Ärztin/mein Arzt mir mitteilte, eine ausreichende Behandlung ermöglichen.
- Die von mir gewünschte(n) Leistung(en) ist/sind zwar an sich Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, sie ist/sind bei meiner Erkrankung jedoch medizinisch nicht notwendig und zweckmäßig im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots und darf/dürfen somit nicht zulasten der GKV erbracht und abgerechnet werden.
- Die von mir gewünschte(n) Leistung(en) ist/sind zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, ich wünsche jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation.

Meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt hat mich über Folgendes aufgeklärt:

- Für die von mir gewünschte Behandlung bin ich selbst zahlungspflichtig. Sie kann nicht mit meiner Krankenkasse abgerechnet werden.
- Ich habe für die von mir gewünschte Behandlung auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung dieser Leistung gegenüber meiner Krankenkasse, weder ganz noch teilweise.
- Meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt wird diese Leistung privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidieren. Die Rechnung ist von mir zu bezahlen.

.....
(Ort, Datum) (Unterschrift)

Anlage 2

ERKLÄRUNG

für GKV-Versicherte, die bei ihrer Krankenkasse Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V gewählt haben

Ich,
 (Name, Vorname) (Geburtsdatum)

.....
 (Anschrift)

erkläre hiermit, dass ich als Mitglied der

.....
 (Krankenkasse)

nach erfolgter Beratung, insbesondere über die Kostenrisiken, die Kostenerstattung anstelle der Sachleistung gewählt habe.

Die Wahlentscheidung betrifft folgende(n) Leistungsbereich(e):

- Ärztliche Versorgung**
- Zahnärztliche Versorgung**
- Stationäre Versorgung**
- Veranlasste Leistungen** (z. B. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege usw.), wie folgt:

.....

Meine Krankenkasse werde ich über diese Wahlentscheidung informieren.

Mir ist bekannt, dass eine Beschränkung der Kostenerstattung auf einzelne Leistungen nicht möglich ist. Für die ärztliche Behandlung durch

.....
 (Name der Ärztin/des Arztes)

werde ich eine privatärztliche Rechnung nach Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhalten, die ich bei meiner Krankenkasse zur (Teil-)Erstattung einreichen kann, soweit es sich um Leistungen handelt, die Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind. Unabhängig von eventuellen Erstattungen meiner Krankenkasse bin ich in voller Höhe zahlungspflichtig. Von den in der Satzung meiner Krankenkasse festgelegten Bedingungen, an die ich mit meiner Wahl der Kostenerstattung gebunden bin, habe ich Kenntnis genommen. Mir ist auch bekannt, dass ich an diese Wahl der Kostenerstattung vorbehaltlich einer längeren Bindungsfrist in der Satzung meiner Krankenkasse für ein Jahr gebunden bin und ein Widerruf gegenüber o. g. Leistungserbringer schriftlich zu erfolgen hat. Ein Exemplar dieser Wahlentscheidung habe ich erhalten.

.....
 (Ort, Datum) (Unterschrift)

www.kvbawue.de

Alles Gute.

