

Zuzahlungen bei GKV-Leistungen Aufteilung von Anästhesieleistungen in GKV- und Privatanteil (Stand 2015)

Grundsätzlich ist die Forderung einer Zuzahlung gegenüber einem Patienten bei Erbringung einer Kassenleistung nicht rechtens. Dies gilt nach Auffassung des Bundessozialgerichtes auch für Leistungen, die ohne eine Zuzahlung nicht kostendeckend erbracht werden können. Da somit die sozialrechtliche Philosophie davon ausgeht, mit der Kassenleistung sei der volle Leistungsumfang honoriert, wäre hiernach jede weitere Forderung evtl. sogar ein Straftatbestand, da ja dann für eine schon vollständig honorierte Leistung ein zweites Mal ein Honorar verlangt wird. Auch Leistungen, die (noch) nicht im Leistungskatalog des EBM erfasst sind z. B. zusätzliches Monitoring, dürfen dem Patienten nicht angeboten und in Rechnung gestellt werden. Beim Sprechstundenbedarf gilt das Gleiche: Zuzahlungen für besonders kostenträchtige Medikamente, deren regelmäßige Anwendung zum Problem einer Wirtschaftlichkeitsprüfung beim Sprechstundenbedarf führen könnten, sind ebenfalls nicht zulässig.

Die rechtliche Klarstellung hierzu erfolgt in § 18 des Bundesmantelvertrages, in dem Zuzahlungen abschließend geregelt sind und ein Verbot darüber hinausgehender Zuzahlungen ausgesprochen wird. Bei Patienten, die gem. § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, ist der gesamte Behandlungsfall nach den Regeln der GOÄ abzurechnen.

Während die Sozialgesetzgebung bei zahnärztlichen Eingriffen (durch den Vertragszahnarzt) dem nach dem Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) abrechnenden Zahnarzt die Möglichkeit eröffnet, Zusatzleistungen, die der Leistungskatalog der GKV nicht vorsieht, oder die in diesem Behandlungsfall medizinisch nicht notwendig erscheinen, mit dem Patienten direkt abzurechnen, ist dies bei der vertragsärztlichen Behandlung nicht vorgesehen, bzw. ausdrücklich untersagt.

Eine Zuzahlung für Hilfsmittel ist gem. § 33 SGB V möglich, wenn der Patient z. B. ein Hilfsmittel wünscht, welches über das in der Regelversorgung vorgesehene hinausgehende höhere Kosten verursacht. Dies trifft ausdrücklich auch auf Intraokularlinsen zu (§ 33 Abs.9 SGB V). Die Sonderlinsen müssen jedoch im Sachleistungsprinzip (sofern der Patient nicht Kostenerstattung gewählt hat) implantiert werden, wenn ohnehin eine medizinische Indikation zur Implantation einer Linse besteht. Somit gibt es seitens des Anästhesisten in diesem Fall ebenfalls keine Grundlage für eine zusätzliche finanzielle Forderung. Sollte eine Sonderlinse ohne Vorliegen einer Katarakt implantiert werden, ist der gesamte Behandlungsfall privat abzurechnen.

Bei der Frage nach einer möglichen Privatliquidation bei einem GKV-Patienten kommt es also immer darauf an, ob der die Narkose veranlassende Eingriff den Tatbestand der medizinischen Notwendigkeit abschließend definiert durch den EBM als zulässigem Leistungskatalog erfüllt oder eben nicht.

Zu warnen ist vor den teilweise praktizierten Vermischungen: Es mag durchaus im Sinne des Patienten sein, wenn im Rahmen der zu einer GKV-Leistung notwendigen Narkose auch der gewünschte plastisch-kosmetische Eingriff „mitgemacht“ wird.

Gleiches gilt für die häufig praktizierte Zahnsanierung durch Zahnärzte oder MKG-Kollegen bei Kindern, bei der dann in gleicher Narkose aufwändige zusätzliche Behandlungen durchgeführt werden, die häufig länger dauern als der Teil des Eingriffs, der die medizinische Notwendigkeit nach der Definition des § 12 SGB V erfüllt. Bei Erwachsenen betrifft dies auch das Einsetzen von Implantaten in gleicher Sitzung mit der Zahnsanierung (siehe hierzu Ausarbeitung „Anästhesieleistungen zur Implantatversorgung in der Zahnheilkunde“).

Abrechnungstechnisch gibt es für die hier notwendigen Anästhesieverfahren anders als bei den Operationen keinen Weg, eine saubere Trennung herbeizuführen, was denn nun mit der KV und was mit dem Patienten abzurechnen ist. Hier mit Begriffen wie Haupt- und Nebeneingriff zu arbeiten, dürfte im Zweifelsfall einer gerichtlichen Überprüfung nicht standhalten. Die Leistungskomplexe der Ziffern 05210 bis 05212 (Ordinationskomplexe) können ja nur ganz oder gar nicht gegenüber der KV abgerechnet werden (Ausnahme: Belegärztliche Behandlung und ICSI). Auch die Ziffern 05330 nach EBM, bzw. die Narkoseleistungen des Kapitels 31, die ja die Ein- und Ausleitung beinhalten, sind unteilbar.

Gleiches gilt übrigens auch für die evtl. erforderlichen diagnostischen Leistungen des Hausarztes oder des Anästhesisten. Wie soll nachvollziehbar getrennt werden, ob diese Diagnostik wegen des medizinisch notwendigen Teils des Eingriffs oder eher wegen der privatärztlichen Leistung erforderlich war?

Auch die zur Narkoseführung notwendigen Medikamente, die zu Lasten der GKV als Sprechstundenbedarf verordnet werden, dürfen ja nur für den medizinisch notwendigen Eingriff verwendet werden. Bei einer GOÄ-Liquidation werden diese als Sachleistung in Rechnung gestellt. Wenn keine Liquidation erstellt wird, wäre zu diskutieren, ob die außerhalb der medizinischen Indikation eingesetzten Medikamente nicht über ein auszustellendes Privatrezept durch den Patienten eingekauft werden müssen.

Die Vorstellung einer wie auch immer festzulegenden Quotierung erscheint nicht umsetzbar, da es objektive Kriterien einer Zuordnung nicht gibt. Dies gilt auch für eine Trennung nach dem zeitlichen Ablauf (d.h. es würden beispielsweise nur die Verlängerungsziffern nach GOÄ beim Patienten liquidiert).

Ein Honorarverzicht für den medizinisch nicht notwendigen Teil des Eingriffs bei Regelung der Medikamentenfrage muss unter berufsrechtlichen Gesichtspunkten überlegt werden. Die Musterberufsordnung (MBO) lässt dies grundsätzlich nicht zu, da der vollständige oder teilweise Honorarverzicht nur für Verwandte, Kollegen, deren Angehörige und mittellose Patienten vorgesehen ist.

Somit stellt sich bei einer derartigen Kombination von GKV- und Privatleistungen keine Abrechnungsmöglichkeit für den Anästhesisten dar, die dem Anspruch einer Rechtssicherheit genügen würde. Anderweitige Auskünfte von zuständigen KVen und/oder Kammern sollten immer schriftlich vorliegen, wenn anders als vom Berufsverband empfohlen verfahren werden soll.

Der sichere Weg ist also nur, im Vorfeld vom Operateur bzw. Zahnarzt die klare Festlegung auf eine evtl. vorhandene medizinische Notwendigkeit zu fordern. Ist diese nicht gegeben, muss eine Liquidation nach den Regelungen der GOÄ erfolgen. Alle Leistungen, die in Folge des Eingriffs oder zu seiner Vorbereitung erforderlich werden, also auch die Anästhesieleistungen, können dann nach GOÄ liquidiert werden. Auch hier gilt selbstverständlich, dass eine „Pauschalabrechnung“ gegenüber dem Patienten unzulässig ist.

Wenn ein nicht zur kassenärztlichen Versorgung zugelassener Arzt (sogen. Privatarzt) bei einem Patienten einen medizinisch notwendigen Eingriff (Leistungskatalog des EBM) vornimmt, zu dem Anästhesieleistungen anfallen, können damit gleichwohl keine Leistungen im Sachleistungsprinzip ausgelöst werden. Seitens einzelner Sachbearbeiter von Krankenkassen wird gelegentlich die Auffassung vertreten, dass die Anästhesieleistungen in diesen Fällen durch einen vertragsärztlich zugelassenen Anästhesisten unabhängig vom Abrechnungsmodus des Operateurs (der ja nur privat liquidieren kann) als Kassenleistung mit der KV abgerechnet werden könnten. Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind sich darüber einig, dass dies nicht zutrifft: Anästhesiologische Leistungen der Kapitel 5 und 31 können nur nach EBM abgerechnet werden, wenn sie im Zusammenhang mit (ggf. auch nur vorgesehenen) EBM-Leistungserbringung durch einen Vertragsarzt eines anderen Faches bzw. im Falle des Kapitels 5 bei Zahnbehandlungen durch einen Vertragszahnarzt abgerechnet werden.