

29.06.2016

## **Privatabrechnung gegenüber GKV-Patienten**

### **-Rechtliche Rahmenbedingungen-**

*Rechtsanwältin Anna Brix, München<sup>1</sup>*

*Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg*

Wenn die EBM-Vergütung einer Anästhesieleistung den Aufwand des Arztes nicht adäquat widerzuspiegeln scheint, wird der Vertragsarzt möglicherweise eine private Abrechnung in Erwägung ziehen. Doch Vorsicht, die private Abrechnung gegenüber gesetzlich versicherten Patienten ist nur sehr eingeschränkt möglich.

#### **1. Was muss die Kasse bezahlen?**

Gesetzliche Kassen tragen die Kosten für Leistungen, die für Patienten sinnvoll und bedarfsgerecht sind und dem allgemeinen Stand der Wissenschaft entsprechen. Die gesetzliche Krankenversicherung soll die Gesundheit der Versicherten erhalten oder wiederherstellen und zur Verbesserung der Gesundheit beitragen. Die Krankenkassen sind aber auch per Gesetz verpflichtet, auf die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen zu achten (§ 12 SGB V).

#### **§ 12 Abs. 1 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot**

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. Wann darf der Arzt eine Privatrechnung stellen?**

Den rechtlichen Rahmen für eine private Abrechnung gegenüber gesetzlich Versicherten gibt § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vor.

---

<sup>1</sup> Rechtsanwältin/Fachanwältin für Medizinrecht, Ulsenheimer - Friederich Rechtsanwälte, München

Zudem gibt es drei grundlegende Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) zu der lange Zeit umstrittenen Frage, ob ein Vertragsarzt Leistungen bei einem Kassenpatienten ablehnen, sie aber zugleich privatärztlich anbieten darf.

a) Rechtsprechung des Bundessozialgericht

Das BSG betont in diesen Urteilen<sup>2</sup> die besondere Bedeutung des Naturalleistungsprinzips. Nach der Konzeption des Gesetzes soll (von besonders geregelten Ausnahmen abgesehen) den Versicherten der GKV die gesamte Krankenbehandlung als Sach- bzw. Dienstleistung zur Verfügung gestellt werden. Dies habe zum einen den Schutz der Versicherten vor mangelnder medizinischer Versorgung infolge der damit eintretenden finanziellen Belastungen zum Ziel, zum anderen diene es der Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung mittels Einflussnahme auch der das System finanzierenden Krankenkassen auf die Ausgestaltung des Inhalts und insbesondere der Honorierung des Leistungsgeschehens. Es werde als selbstverständlich vorausgesetzt, dass der Vertragsarzt die der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnenden wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets im Rahmen des Systems, das heißt unter Einhaltung des Naturalleistungsprinzips, also ohne Verlangen einer gesonderten Honorierung, anbietet und diese bei Bedarf auch bei den Versicherten tatsächlich ausführt.

Nach Auffassung des BSG ist ein Vertragsarzt daher schon aus der vertragsärztlichen Zulassung in Verbindung mit dem Naturalleistungsprinzip verpflichtet, die Versicherten grundsätzlich umfassend und ohne an diese gerichtete (zusätzliche) Zahlungsverlangen zu behandeln. Das BSG<sup>3</sup> stellt fest, „dass finanzielle Aspekte wie die vermeintlich unzureichende Honorierung einer Einzelleistung im Vertragsarztrecht den Arzt nicht berechtigt, einem Versicherten gesetzlich vorgesehene Leistungen nur außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung zukommen zu lassen oder gänzlich zu verweigern“. "Dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung insgesamt liegt eine „Mischkalkulation“ zugrunde. Dieses bedeutet, dass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist", so das BSG.

Aufgrund des geltenden Naturalleistungsprinzips bestehen daher nur ausnahmsweise Vergütungsansprüche des Vertragsarztes gegen Versicherte.

---

<sup>2</sup> BSG, Urteil vom 14.03.2001, Az. B 6 KA 54/00 R, MedR 2002, 37 ff.; BSG, Urteil vom 14.03.2001, Az. B 6 KA 36/00 R, MedR 2002, 42 ff.; BSG, Urteil vom 14.03.2001, Az. B 6 KA 67/00 R, MedR 2002, 47 ff.

<sup>3</sup> BSG, Urteil vom 14.03.2011, Az. B 6 KA 67/00 R, MedR 2002, 47 ff (50)

b) Bundemantelvertrag Ärzte (Fallgruppen des § 18 Absatz 8 BMV-Ä)

Nach § 18 Abs. 8 BMV-Ä darf der Vertragsarzt nur in den dort aufgeführten drei Fallgruppen (nachfolgend aa) - cc)) eine Vergütung von Versicherten fordern. Verlangt ein Vertragsarzt eine Vergütung, ohne dass die Voraussetzungen einer dieser Ausnahmen vorliegen, liegt ein Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten vor, gegen den mit Disziplinarmaßnahmen der KV vorgegangen werden kann<sup>4</sup>.

§ 18 Abs. 8 BMV-Ä

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 Anspruchsnachweis gemäß § 19 Abs. 2 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.

Folgende Fallgruppen kommen in Betracht:

aa) Nichtvorlage der Versichertenkarte

Legt der Patient die elektronische Gesundheitskarte oder einen sonstigen Leistungsnachweis vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vor und reicht diesen Nachweis nicht innerhalb

---

<sup>4</sup> BSG, Urteil vom 14.3.2001, Az. B 6 KA 36/00 R, MedR 2002, 42ff

einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nach, darf der Arzt eine GOÄ-Vergütung vom Patienten fordern ( § 18 Absatz 8 Nr. 1 BMV-Ä).

#### bb) Wunschbehandlung als Privatpatient

Nach § 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä darf der Vertragsarzt von einem Versicherten eine Vergütung fordern, wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt hat, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt. Abs. 8 Nr. 2 regelt damit Fallgestaltungen, in denen ein Versicherter, der die Behandlung im Rahmen seines Sachleistungsanspruchs ohne weiteres kostenfrei in Anspruch nehmen könnte, dennoch die Behandlungskosten selbst tragen will. Diese, als Ausnahme ausgestaltete Vorschrift wird man eng auslegen müssen. Die Initiative für die Behandlung auf eigene Kosten muss vom Patienten ausgehen. Jede vorherige Beeinflussung durch den Arzt ist unzulässig.

#### cc) Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Vergütung

Gemäß § 18 Abs. 8 Nr. 3 BMV-Ä dürfen Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, privat gegenüber dem Versicherten abgerechnet werden, wenn vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde. Im Unterschied zu Abs. 8 Nr. 2 fallen unter Abs. 8 Nr. 3 Leistungen, für die eine Leistungspflicht der GKV nicht besteht. Dies sind unter anderem Leistungen, die nicht im EBM aufgeführt sind, aber auch Leistungen, die zwar grundsätzlich GKV-Leistungen darstellen, nach Auffassung des Arztes im konkreten Fall aber nicht notwendig **oder** unwirtschaftlich sind<sup>5</sup>. Hierzu gehören die sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

*GOÄ-Ratgeber der Bundesärztekammer ([www.bundesaeztekammer.de](http://www.bundesaeztekammer.de)):*

*Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind Leistungen, die über das Maß des medizinisch Erforderlichen hinausgehen, denen der Patient ausdrücklich zustimmen muss oder die er ausdrücklich wünschen muss. Die Leistung muss aus Sicht des Arztes medizinisch erforderlich, empfehlenswert oder zumindest vertretbar sein, und es muss sich um Leistungen handeln, bei denen die Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden (Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 26 (27.06.2008), S. A-1470).*

<sup>5</sup> vgl. Altmiks in: Schiller BMV-Ä, § 18 Rn. 39

Die private Abrechnung darf im Rahmen dieser Fallgruppe nur erfolgen, wenn der Arzt im Vorfeld der Behandlung einen schriftlichen Vertrag mit dem Patienten geschlossen und seiner besonderen Aufklärungspflicht nachgekommen ist. Neben den anfallenden Kosten („wirtschaftliche Aufklärung“, s. auch § 630c Abs. 3 BGB) wird der Arzt verpflichtet, dem Patienten möglichst objektiv Auskunft über den Umfang und die Einschränkungen der Leistungen zu geben, auf die er im Rahmen seiner Versicherung bei der Krankenkasse Anspruch hat, weil der Patient nur so in die Lage versetzt wird, sich frei zu entscheiden.

*GOÄ-Ratgeber der Bundesärztekammer ([www.bundesaeztekammer.de](http://www.bundesaeztekammer.de)):*

*Der Vertrag sollte nicht nur die Information enthalten, dass der Patient eine privatärztliche Behandlung wünscht, sondern auch, die Entscheidungsfindung des Patienten dokumentieren, dass er die genannte(n) Leistung(en) wünscht, da er weiß, dass diese gerade nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Der Vertrag sollte unbedingt den Hinweis enthalten, dass die anfallenden Kosten weder ganz noch teilweise von der Krankenkasse erstattet werden und in vollem Umfang vom Patienten zu tragen sind. Bestandteil des Vertrags sind außerdem Art und Umfang der Leistung, auch die (voraussichtlich) anfallenden Kosten für die Behandlung nach der GOÄ.*

*Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 28-29 (14.07.2008), S. A-1574*

### **3. KataraktOP: Vollnarkose als IGeL?**

Ab dem 01.07.2016 wird die sogenannte "Kataraktpauschale" für die Anästhesieleistungen bei der Kataraktoperation eingeführt. Die Pauschale vergütet die Leistung des Anästhesisten bei der Versorgung gesetzlich Versicherter Patienten, unabhängig davon welche Anästhesieform er durchführt.

Da diese Pauschale, insb. bei Durchführung einer Vollnarkose, den Aufwand des Arztes nicht adäquat widerspiegelt, liegt es nahe, über die Möglichkeit einer privaten Abrechnung nachzudenken.

Mit Blick auf die Literatur (siehe oben Altmiks in: Schiller BMV-Ä) ließe sich zunächst die Auffassung vertreten, dass eine Vollnarkose gemäß § 18 Absatz 8 Nr. 3 BMV-Ä privat abgerechnet werden kann, wenn der Arzt diese im konkreten Fall nicht für notwendig erachtet; zumal die GKV-Patienten nach § 12 SGB V nur Anspruch auf eine notwendige ärztliche

Versorgung haben. Allerdings spricht der EBM von „patientenadaptiertem Narkosemanagement“ und unterscheidet hinsichtlich der Vergütung nicht, ob eine Vollnarkose oder der standby erbracht wird. Dementsprechend gehört die Vollnarkose bei Kataraktoperationen grundsätzlich zum Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Aus diesem "Gesamtpaket" der anästhesiologischen Versorgung von Katarakt-Patienten wird man einzelne Leistungen nicht herauslösen können. Das einzige Argument, das dem Anästhesisten dann verbliebe, wäre die unzureichende Vergütung der Vollnarkose. Dass dieses Argument aber nicht greift, hat das BSG in dem oben dargestellten Urteil deutlich gemacht.

Das Argument, dass die Vollnarkose zu einer Unwirtschaftlichkeit beim Sprechstundenbedarf (SSB) führt, wird mit Blick auf eine Privatabrechnung nur eingeschränkt weiter helfen. Zum einen kann man Praxisbesonderheiten geltend machen, zum anderen wird man davon ausgehen müssen, dass alle Anästhesisten, die Kataraktoperationen begleiten, im Durchschnitt ähnlich häufig von derartigen Konstellationen betroffen sind und jeder Anästhesist angesichts der Vergütungssituation bemüht sein wird, den Anteil der Vollnarkosen möglichst niedrig zu halten. Eine Prüfung einzelner Versicherter/Patienten auf Unwirtschaftlichkeit scheidet beim SSB ohnehin aus. Der Bezug von Sprechstundenbedarf erfolgt ohne Namensnennung von Patienten.

Wenn der Patient aus eigener Initiative um die Vollnarkose bittet (§ 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä) kommt ausnahmsweise eine private Abrechnung in Betracht. Hier wird man aber besonders sorgfältig dokumentieren müssen. In der Praxis werden diese Fälle auch selten vorkommen.

#### **4. Fazit**

Da die Abrechnung von EBM-Leistungen als IGeL-Leistung eine gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten sein kann<sup>6</sup>, empfiehlt es sich bei der Abrechnung der Vollnarkose als IGeL-Leistung aber sehr zurückhaltend zu sein und diese nur im Einzelfall unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen privat abzurechnen.

---

<sup>6</sup> LSG München, Urteil vom 05.01.2011, Az. L 12 KA 116/10 B ER