



ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Friedrichstraße 16
10969 Berlin-Kreuzberg

Hinweise

**an die Berliner Ärzteschaft
für die Erbringung und Abrechnung vertrags- und privatärztlicher Leistungen
bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung**

Hinweise

an die Berliner Ärzteschaft für die Erbringung und Abrechnung vertrags- und privatärztlicher Leistungen bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung

I. Gesetzliche Grundlage

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§§ 2, 12 SGB V).

Der Inhalt der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen Leistungen ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abschließend beschrieben (§ 87 Abs. 2 SGB V).

II. Umfang der GKV-finanzierten Krankenbehandlung

GKV-finanzierte ärztliche Krankenbehandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung sowie Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend, zweckmäßig sowie wirtschaftlich ist (§§ 28 Abs. 1 S. 1, 12 Abs. 1 S. 1 SGB V).

Die GKV-Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können die Versicherten nicht beanspruchen, dürfen die Ärzte nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 S. 2 SGB V).

Der Begriff des "Notwendigen" ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der vom Arzt auszulegen und gerichtlich überprüfbar ist. Was notwendig ist, wird hauptsächlich durch den medizinischen Zweck der Leistung bestimmt. Ob eine Leistung notwendig ist, muss anhand ihres Zwecks bestimmt werden, der vor allem in der Erkennung und Heilung einer Krankheit, in der Verhütung einer Verschlimmerung und der Linderung von Krankheitsbeschwerden liegen kann. Unter

Zugrundelegung dieses Leistungszwecks können notwendig nur jene Maßnahmen sein, die je nach Art und Umfang unentbehrlich, unvermeidlich oder unverzichtbar sind.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verpflichtet sind, ihre ärztlichen Behandlungsmaßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 70 SGB V) zu erbringen. Im Einzelfall kann -legt man den Stand der medizinischen Wissenschaft zugrunde - eine ärztliche Leistung notwendig sein, obwohl sie nicht als GKV-Leistung abrechenbar ist. Bei der Beurteilung eines ärztlichen Behandlungsfehlers wird der Arzt nicht an dem gemessen, was Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung ist, sondern an dem, was die Regeln der ärztlichen Kunst verlangen, so dass insofern für ihn ein Risiko bestehen kann.

Wirtschaftlich ist eine Leistung, bei der das angestrebte Ziel der Erkennung, Heilung oder Linderung einer Krankheit mit angemessen geringem Aufwand erreicht wird.

III. Leistungspflicht des Vertragsarztes (LSG NRW Beschluss v. 21.10.1998

- 11 B 35/98 Ka -)

Der Vertragsarzt ist gehalten, die üblicherweise zum Fachgruppenstandard und zum Kernbereich einer Praxis des jeweiligen Fachgebietes gehörenden Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen anzubieten. Das Angebot von Standardleistungen aus dem Kernbereich des Fachgebiets gehört zu den Grundpflichten des Vertragsarztes.

Ausnahmen von der Verpflichtung, dem Fachgruppenstandard zuzurechnende Leistungen anbieten zu müssen, können nur ausnahmsweise in Betracht kommen. Sie dürfen den GKV-Versicherten dann auch nicht privat angeboten werden.

Es ist dem Vertragsarzt untersagt, vertragsärztliche Leistungen aus monetären Gründen aus der gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistung auszugliedern, um sie gegenüber gesetzlich Versicherten privat anzubieten und zu erbringen. Bietet der Arzt eine ärztliche Leistung an, muss er diese dann im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als Sachleistung anbieten.

Der Vertragsarzt ist nicht gehalten, alle im Rahmen seines Fachgebietes zulässigerweise erbringbaren, im EBM als abrechnungsfähig bezeichneten Leistungen in seiner Praxis vorzuhalten, um sie im Einzelfall bei medizinischer Indikation einsetzen zu können. Dies gilt insbesondere für den Bereich, in dem Leistungen besondere Fähigkeiten, Spezialisierungen, Einrichtungen oder

apparative Ausstattungen verlangen, erst recht, wenn der Arzt persönlich nicht über die erforderliche Qualifikation verfügt oder unwirtschaftliche Investitionen sich für seine Praxis nicht rentieren.

Urteil des Bundessozialgerichts vom 14. März 2001 (AZ B 6 KA 54/00)

Indizierte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen nicht privat abgerechnet werden

Vertragsärzte dürfen Leistungen, wenn sie indiziert sind und zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, nicht ausschließlich privatärztlich anbieten und abrechnen. Das hat das Bundessozialgericht am 14. März entschieden (AZ. B 6 KA 54/00). Mehrere Verfahren vor dem BSG hatten sich auf die Frage konzentriert, ob es einem Vertragsarzt erlaubt sei, Leistungen, die zum Leistungskatalog der GKV gehören, aus dem Leistungsspektrum seiner vertragsärztlichen Tätigkeit auszuschließen und nur noch privatärztlich anzubieten .

Dazu stellte das Bundessozialgericht (BSG) fest, dass der Arzt im Rahmen seiner Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung indizierte Leistungen anbieten muss, wenn er dazu berechtigt und zu deren Erbringung in der Lage ist. Insbesondere sei es nicht in das Belieben des Arztes gestellt, Leistungen, die er im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht für Kosten deckend erbringbar halte, auszugliedern.

IV. Vergütungsanspruch für vertragsärztliche Leistungen

1. Der Vergütungsanspruch richtet sich gegen die Kassenärztliche Vereinigung, die die ärztliche Versorgung über die gesetzlich versicherten Personen sicherzustellen hat. Es besteht grundsätzlich kein Vergütungsanspruch für ärztliche Leistungen gegen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Vergütungsanspruch gegen gesetzlich Versicherte ist dann gegeben, wenn der Versicherte ausdrücklich vor Behandlungsbeginn verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies schriftlich erklärt (§ 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä) oder wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse Kostenerstattung gewählt hat (§ 13 SGB V).
2. Die Abrechnung ärztlicher Leistungen als privatärztliche Leistungen bei GKV-Patienten ist dann begründet, wenn der Versicherte die Versicherungskarte nicht vorlegt und diese nicht innerhalb der gesetzlich geregelten Frist nachreicht (§ 18 Abs. 8 Nr. 1 BMV-Ä).

3. Privatärztlich abrechnungsfähig sind Leistungen, die der Arzt erbringt und die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind.
In diesem Fall muss der Patient zuvor der privatärztlichen Leistungserbringung schriftlich zugestimmt haben und er auf die Pflicht zur Kostenübernahme hingewiesen worden sein (§ 18 Abs. 8 Nr. 3 BMV-Ä).
4. Der Vertragsarzt darf für vertragsärztliche Leistungen - mit Ausnahme der Zuzahlung bei Massagen, Bädern und Krankengymnastik, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung erbracht werden - von GKV-Patienten keine Zuzahlungen für einzelne Leistungen fordern (§ 18 Abs. 10 Nr. 2 BMV-Ä).

V. Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung

1. **Leistungen, die generell nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind**
 - a) § 3 BMV-Ä regelt, dass die vertragsärztliche Versorgung keine Leistungen umfasst, für welche die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind oder deren Sicherstellung anderen Leistungserbringern obliegt. Dies gilt insbesondere für Leistungen, die nach der Entscheidung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 SGB V von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen wurden.
 - b) Leistungen, für die eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht besteht, können nur im Rahmen einer Privatbehandlung erbracht werden, über die mit dem Versicherten vor Beginn der Behandlung ein schriftlicher Behandlungsvertrag abgeschlossen werden muss, z.B.
 - a) Außenseiterbehandlungen,
 - b) kosmetische Operationen,
 - c) Einstellungs-, Reihen- und Tauglichkeitsuntersuchungen,
 - d) vorbeugende Impfungen für Auslandsreisen,
 - e) Alkoholtests für die Polizei.
 - c) Privat liquidiert wird auch die Ausstellung von Bescheinigungen u. a., die nicht den Aufgaben der Krankenversicherung dienen, z.B.:
 - aa) Bescheinigung über die **Arbeitsfähigkeit** für den Arbeitgeber,
 - bb) Bescheinigung für Kindergarten, Schule, Finanzamt etc.,
 - cc) Verordnung bzw. Anregung von Heilverfahren durch einen Rentenversicherungsträger,
 - dd) Ausfüllung von Notfallausweisen,

ee) Totenscheine.

2. Leistungen, die im speziellen Fall nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind

- a) Wünscht der Patient über das notwendige Maß hinausgehende ärztliche Leistungen, dürfen diese aufgrund eines privaten Behandlungsvertrages erbracht werden. Der Behandlungsvertrag sollte aus Beweisgründen schriftlich fixiert werden. In diesem Zusammenhang verabreichte Arzneimittel dürfen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.
- b) Wünscht der Patient eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Verordnung, ist diese auf Privatrezept zulässig (§ 30 Abs. 7 BMV-Ä). Will ein Versicherter die Verordnung von Heil-oder Hilfsmitteln im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen, sind diese Mittel auf Kassenrezept mit dem Vermerk "Kostenerstattung" zu verordnen (§ 30 Abs. 6 BMV-Ä).

3. Alle Rechnungen für ärztliche Leistungen sind nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu erstellen.

VI. Information und Beratung durch Ärzte

Neben Ärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, sonstigen Sozialleistungsträgern, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, und Beratungsstellen haben auch die Ärzte das Recht, über gesundheitliche Belange zu informieren und zu beraten.

Die Information und Beratung kann erfolgen auf Nachfrage des Patienten. Der Arzt ist verpflichtet, auf die Fragen wahrheitsgemäß, vollständig und verständlich zu antworten.

Es ist Ärztinnen und Ärzten gestattet, ihre Patientinnen und Patienten mit sachlichen Informationen auch unaufgefordert zu versorgen, wenn dies in zurückhaltender und unaufdringlicher Weise erfolgt (z. B. Informationsblatt) und erkennbar wird, dass der allgemeinen Information eine spezielle und individuelle Beratung nachfolgen muss.

Die allgemeine wie die individuelle Information über die Notwendigkeit einer ärztlichen Leistung muss vollständig und richtig sein. Jede unsachliche Beeinflussung hat zu unterbleiben. Patientinnen und Patienten sind geneigt, aus Unwissenheit, Angst, Leichtgläubigkeit, Autoritätsdenken, Hilflosigkeit oder verzweifelter Hoffnung Aussagen zu medizinischen Methoden, Verfahren, Einsatz

besonderer medizinischer Geräte, zur Qualifikation oder Qualität wie zur Notwendigkeit nicht auf ihren Wahrheitsgehalt hin zu überprüfen. Sie sollen daher darauf vertrauen dürfen, dass Ärztinnen und Ärzte sich nicht von Gewinnstreben leiten lassen, sondern in den Dienst ihrer Aufgabe stellen.

Patienten sind über die Kosten der von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfassten Leistungen vollständig aufzuklären. Verträge sind auf der Grundlage der ärztlichen Gebührenordnung zu schließen. Den Patienten ist Gelegenheit zur Einsichtnahme in die GOÄ zu gewähren.

Unzulässig ist es, Patientinnen oder Patienten dahingehend zu beeinflussen, dass sie sich bezogen auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen in einer vom Arzt bestimmter Weise verhalten, z.B. bei Ausnutzen einer Notlage, Zeitdruck, oder dem Angebot zusätzlicher Leistungen während der Ausführung von Untersuchungs- und Behandlungsleistungen.

Berufswidrig ist das Verhalten, wenn die gegebenen mündlichen oder schriftlichen Informationen insbesondere *unsachlich, unwahr, unwürdig, unseriös, vergleichend, täuschend oder zur Täuschung geeignet, anpreisend, primär auf einen Werbeeffect abzielend*, sind.

Unsachlich ist eine Information, wenn sie sich nicht auf die sachliche Unterrichtung medizinischer Inhalte bezieht.

Unwahr ist eine Information, wenn sie den Tatsachen nicht entspricht.

Vergleichend ist eine Information, wenn Arzt oder Ärztin Vergleiche, auch Kostenvergleiche zu anderen Kolleginnen oder Kollegen oder deren Verfahren herstellen und dies vergleichend herausstellen.

Täuschend oder zur Täuschung geeignet sind Informationen, wenn sie ungerechtfertigte Erwartungen erwecken, wenn der Eindruck der medizinischen Exklusivität erweckt werden kann oder Informationen gegeben werden, die die Unwissenheit der Patientinnen und Patienten ausnutzt.

Anpreisend ist eine Information, wenn die eigene Person oder die ärztliche Tätigkeit in aufdringlicher Weise hervorgehoben wird.

Unwürdig ist die Information, wenn sie dem Ansehen der Ärzteschaft schadet oder zu Schaden geeignet ist.

Unseriös ist sie, wenn beispielsweise fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass das Verfahren oder bestimmte Behandlungen erfolgreich, ungefährlich oder wissenschaftlich erprobt sind.