



Wichtige Informationen für Privatpatienten und

Beihilfeberechtigte:

Zu den rechtlichen Grundlagen nun noch ein paar kurze Erläuterungen:

Die Bestimmung zur Abrechnung privatärztlicher Leistungen nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Regelungen zur Kostenerstattung durch die privaten Krankenversicherungen (PKV) oder Beihilfestellen sind meist schwer zu verstehen. Hier finden Sie in komprimierter Form Erläuterungen über die wichtigsten Eckpunkte:

Unterschied zwischen Behandlungsvertrag und Versicherungsvertrag:

Zwischen Ihnen als Patient und mir/uns, dem Arzt/den Ärzten Ihres Vertrauens, besteht ein Behandlungsvertrag. Die von mir/uns erbrachten Leistungen werden wir auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen. Diese Privatliquidation werden Sie direkt an mich/uns bezahlen. Zwischen Ihnen und Ihrer Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle besteht ein weiteres, davon unabhängiges Vertragsverhältnis, der Versicherungsvertrag. Sie reichen die Rechnung zur Erstattung bei der PKV und/oder Beihilfestelle weiter. Erstattet bekommen Sie die Leistungen in der Höhe, die in Ihrem Versicherungsvertrag festgehalten sind bzw. die im Leistungsverzeichnis der Beihilfe aufgeführt sind. Beachten Sie bitte dabei, dass in zahlreichen Verträgen die Erstattung bestimmter Leistungen ausgeschlossen ist. Dies entbindet Sie jedoch nicht von der Pflicht, die erbrachten Leistungen zu bezahlen.

Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):

Die gültige Amtliche Gebührenordnung für Ärzte, in der ärztliche Leistungen aufgelistet sind, ist sehr veraltet. Viele Leistungsbeschreibungen stammen aus dem Jahre 1982, wodurch es vielfach Anwendungsprobleme gibt. Die moderne Medizin mit ihren verbesserten oder völlig neuen diagnostischen und therapeutischen Verfahren kann deshalb meist nur analog abgerechnet werden oder die veraltete Leistungsbeschreibung begünstigt Fehlinterpretationen. Leider erstatten die PKVen und auch die Beihilfen oftmals analog abgerechnete Leistungen nicht, obwohl eine analoge Abrechnung rechtlich zulässig ist. Eine 1996 durchgeführte Teilaktualisierung des zuständigen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung reicht bei weitem nicht aus, sodass bis zur Novellierung der GOÄ gelegentlich mit weiteren Schwierigkeiten und Erstattungsproblemen zu rechnen ist.

Unterschiede von ärztlichen Leistungen:

Bei ärztlichen Leistungen unterscheidet die GOÄ zwischen Medizinisch notwendige Leistungen und Leistungen, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen (Stand: Juli 2018) „Medizinisch notwendig“ bedeutet:

Eine ärztliche Leistung ist **medizinisch notwendig**, wenn sie nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung geeignet ist, das Leiden des Patienten abzuklären, zu heilen, zu bessern oder zu lindern.

Wichtig: Medizinisch notwendig ist immer aus medizinischer Sicht und nicht unter Kostengesichtspunkten zu beurteilen! Dies sehen die PKVen und Beihilfestellen allerdings oftmals anders.

Leistungspflicht der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe:

Die PKV oder die Beihilfe kommen nur für die Kosten von medizinisch notwendigen Leistungen auf. Für eine Heilbehandlung besteht grundsätzlich dann eine Leistungspflicht, wenn es sich um wissenschaftlich anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden bzw. Arzneimittel handelt oder wenn in der Praxis als ebenso Erfolg versprechende bewährte Methoden und Arzneimittel zur Anwendung kommen oder wenn in bestimmten Fällen ansonsten keine wissenschaftlich anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bzw. Arzneimittel zur Verfügung stehen. Leistungen, die auf Ihr Verlangen erbracht werden und medizinisch nicht notwendige ärztliche Leistungen (sog. Übermaßbehandlungen) sind, werden von der PKV oder der Beihilfe grundsätzlich nicht erstattet. Ich bin in diesem Fall verpflichtet, die auf Ihren Wunsch hin erbrachte Leistung zu kennzeichnen.

Betrifft Ihre Rechnung:

Bei Fragen zur Rechnung stehe ich oder das Team der Familienarztpraxis Ihnen gern zur Verfügung, sodass wir eine Lösung schnell im beiderseitigen Interesse finden. Im zunehmenden Maße erstatten PKVen und Beihilfestellen nicht alle in Rechnung gestellten Gebührenpositionen. Die Leistungsträger vermitteln oft den Eindruck, dass die zugrunde gelegte Liquidation nicht korrekt sei. Dagegen wehren wir uns entschieden, denn unsere Liquidation erfolgt streng nach den Vorgaben der Gesetzgebung. Im Falle von Unstimmigkeiten stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung und unterstütze die Durchsetzung der Erstattung bei Ihrer Versicherung. Außerdem können Sie jederzeit die Rechnung bei den Landesärztekammern (als neutraler Vermittler) prüfen lassen.

Im Folgenden listen wir Ihnen einige Punkte auf, bei denen es zu Erstattungsproblemen kommen könnte:

Beratungsgespräche:

Viele unserer Patienten sind chronisch krank; entsprechend viel Zeit benötigen wir für die Erhebung Ihrer Krankengeschichte, die oft Jahre zurückgeht, sowie auch für die anschließenden Befundbesprechungen. Für das Erstgespräch planen wir daher prinzipiell bei jedem neuen Patienten eine Dauer von 60-90 Minuten ein. Wir setzen einen Stundensatz von 120-180 € an und rechnen dementsprechend nach der derzeit geltenden Gebührenordnung für Ärzte ab. Es kann vorkommen, dass wir einen höheren als den üblichen 2,3 fachen Satz abrechnen; dies hängt von der Dauer der Beratungsgespräche ab. Sie erhalten in diesem Fall dann eine Begründung. Dennoch kommt es hin und wieder vor, dass die Kassen oder Beihilfestellen die Gebühren nicht in vollem Umfang erstatten.

Laborkosten:

Zur Diagnostik benötigen wir oft eine Reihe an Laboruntersuchungen, ohne die eine Diagnosestellung und letztendlich eine daran anknüpfende Therapie nicht möglich sind. In der Regel werden die Laborkosten von Ihrer Krankenkasse und den Beihilfestellen übernommen. Aber auch hier kommt es in letzter Zeit vermehrt zu Kürzungen seitens der Krankenkassen und Beihilfestellen. Die Kassen fordern dann oft eine Stellungnahme vom behandelnden Arzt an. In begründeten Fällen sind wir bereit, eine solche zu schreiben. Wir bitten um Beachtung, dass eine Stellungnahme nicht sicher unverzüglich erfolgen kann. Es ist daher am besten, Sie legen gegen den Bescheid fristgerecht Widerspruch ein, damit er nicht bestandskräftig wird. Die Stellungnahme wird ebenfalls nach den in der Gebührenordnung für Ärzte entsprechend enthaltenen Sätzen abgerechnet.

Verordnungen:

Für die orale Einnahme von hoch dosierten Vitaminen, Mineralien und Spurenelementen sowie sonstigen diätetischen Lebensmitteln werden die Kosten in aller Regel weder von den privaten Krankenkassen noch von den Beihilfestellen übernommen. Auch homöopathische, naturheilkundliche Medikamente oder solche zur Bekämpfung von Infekten können Probleme machen. Eine Stellungnahme seitens des Arztes ist hier unnötig, da in aller Regel eine Erstattung dennoch nicht erfolgt und Sie dann auch noch die Kosten für die Stellungnahme übernehmen müssten.

Diese Therapien / Diagnostiken werden normalerweise von der PKV/Beihilfe erstattet:

- Akupunktur: Körperakupunktur, Ohrakupunktur
- Injektionstherapien mit schulmedizinischen Wirkstoffen
- Medizinische notwendige Infusionstherapien (Notfälle)
- Quaddelungen/Neuraltherapie zur Schmerzbehandlung
- Behandlungen von Infektionen, Schmerzzuständen, psychiatrischen Symptomen etc.
- EKG
- Lungenfunktionstest
- Zuckerbelastungstest
- Chirotherapie
- Übliche Standard-Laboruntersuchungen
- Überwachung der Herz-Kreislauffunktion
- Impfungen

Bei diesen Therapien / Diagnostiken könnten Probleme mit der PKV/Beihilfe auftreten:

Falls Sie sicher gehen möchten, dass die Kosten übernommen werden, sollten Sie vorab bei Ihrer PKV und/oder Beihilfestelle nachfragen.

- Infusionstherapien (langdauernd, häufig)
- Lasertherapie als schmerzlose Variante zur Akupunktur
- Reisemedizinische Impfungen und Beratungen
- Erweiterte Labordiagnostik

Nicht erstattungsfähige Therapien:

Folgende Therapien müssen laut gesetzlicher Regelung als sog. „Individuelle Gesundheitsleistung“ auf der Rechnung gekennzeichnet werden und werden weder von den Krankenkassen noch von den Beihilfestellen übernommen:

- Medizinisch nicht erforderliche Infusionen (sog. Lifestyle), wie Eisen, B12 etc. .

Ihr

Dr. Hans-Jörg Hellmuth