



Wann besteht eine Leistungspflicht der Krankenversicherung oder der Beihilfe?

Die Krankenversicherungen 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 erfolgsversprechend bewährte Methoden und Arzneimittel zur Anwendung kommen; oder
- ▶ wenn in bestimmten Fällen ansonsten keine wissenschaftlich anerkannten Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden bzw. Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Auf Verlangen erbrachte, medizinisch nicht notwendige ärztliche Leistungen (sog. Übermaßbehandlungen) werden von Krankenversicherungen oder der Beihilfe grundsätzlich nicht erstattet. Nach der GOÄ bin ich verpflichtet, die auf Ihren Wunsch hin erbrachten Leistungen zu kennzeichnen.

Was tun bei Problemen mit der Rechnung?

Da Sie als Patient den Inhalt der Behandlung selbst am besten beurteilen können, sollten wir Fragen zur Abrechnung zunächst gemeinsam klären, denn es liegt im beiderseitigen Interesse, Probleme und Fragen einvernehmlich zu lösen.

In zunehmendem Maße erstatten private Krankenversicherungen und Beihilfestellen nicht alle in Rechnung gestellten Gebührenpositionen. Dabei vermitteln sie nicht selten den Eindruck, der Arzt liquidiere nicht korrekt, und bieten an, die Unstimmigkeit für Sie zu klären. Für den Fall, dass Gebührenpositionen umstritten sein sollten, empfehle ich Ihnen, die unstrittigen Leistungen zu bezahlen mit dem Hinweis, dass nach Klärung der strittigen Punkte die Restzahlung erfolgt.

Die Landesärztekammern haben nach den Heilberufs- bzw. Kammergesetzen auch die Aufgabe, als neutraler Vermittler die Rechnungslegung (Angemessenheit der Honorarforderung) zu prüfen.



Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Deutschhausplatz 3 · 55116 Mainz
Tel. (0 61 31) 2 88 22-0
<http://www.laek-rlp.de>

PATIENTEN- MERKBLATT

ZUR ABRECHNUNG PRIVATÄRZTLICHER LEISTUNGEN



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als schwer verständlich empfinden viele von Ihnen die Bestimmungen zur Abrechnung privatärztlicher Leistungen nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Regelungen zur Kostenerstattung durch Privatversicherungen oder Beihilfestellen. Mit den Erläuterungen in diesem Merkblatt möchte ich Sie in komprimierter Form über die wichtigsten Aspekte der Abrechnung privatärztlicher Leistungen informieren.

Welche Vertragsbeziehungen gibt es?

Wenn Sie als privat Versicherter oder Beihilfeberechtigter – aber auch als gesetzlich Krankensicherter für Leistungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden – privatärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, besteht zwischen Ihnen und mir ein Vertrag (**Behandlungsvertrag**); Leistungen, die ich oder meine Mitarbeiter in diesem Rahmen erbringen, werden auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Die dafür in Rechnung gestellten Gebühren werden von Ihnen direkt an mich gezahlt.

Sofern Sie privat versichert oder beihilfeberechtigt sind, besteht ein weiteres, davon unabhängiges „Vertrags“verhältnis mit Ihrer Versicherung (**Versicherungsvertrag**) und/oder Beihilfe zur Deckung der Kosten meiner Behandlung. Zu diesem Zweck reichen Sie nach

Bezahlung der Rechnung diese zur Erstattung an die Beihilfestelle und/oder Ihre private Krankenversicherung weiter.

Die Erstattung erfolgt nur für diejenigen Leistungen, über die Sie einen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben bzw. die im Leistungsverzeichnis der Beihilfe aufgeführt sind. In zahlreichen Verträgen wird die Erstattung bestimmter Leistungen durch die private Krankenversicherung und/oder Beihilfe ausgeschlossen. Dies entbindet Sie als Patient jedoch nicht von der Pflicht, die erbrachten Leistungen zu bezahlen.

Wonach muss abgerechnet werden?

Die gültige Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), in der ärztliche Leistungen aufgelistet sind, ist sehr veraltet; viele Leistungsbeschreibungen stammen aus dem Jahre 1982. Dies verursacht viele Anwendungsprobleme und begünstigt Fehlinterpretationen, weil die moderne Medizin mit verbesserten oder völlig neuen diagnostischen und therapeutischen Verfahren fehlt.

Für eine Aktualisierung der GOÄ ist das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) zuständig. Es kommt seiner Verantwortung für eine Aktualisierung der GOÄ jedoch leider nicht nach. Die letzte Teilaktualisierung erfolgte 1996. Zum Vergleich: Der für die gesetzlich versicherten Patienten gültige Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wird regelmäßig aktualisiert.

Bundesärztekammer und Landesärztekammern haben Gremien, die sich gezielt gebührenrechtlicher Problemfelder annehmen, um die Rechnungslegung auf eine GOÄ-konforme Grundlage zu stellen. Ziel dieser Bemühungen ist es, trotz der Unzulänglichkeiten der GOÄ so weit wie möglich klare Abrechnungsregeln zu schaffen und die Entwicklung des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts bei der Bewertung von Leistungen zu berücksichtigen. Die Arbeit der Ärztekammern soll nicht zuletzt auch dazu beitragen, mehr Rechtssicherheit und Ihnen den direkten Zugang zu Innovationen zu gewährleisten.



Welche Arten von ärztlichen Leistungen werden unterschieden?

Bei ärztlichen Leistungen unterscheidet man nach der GOÄ zwischen

- ▶ medizinisch notwendigen Leistungen und
- ▶ Leistungen, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen.

Was heißt „medizinisch notwendig“?

Diese Frage ist aus medizinischer Sicht und nicht unter Kostengesichtspunkten zu beurteilen: 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.

