

■ Informationen zur Privatliquidation bei GKV-Versicherten

mit „IGeL-Liste“ – Stand April 2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

das für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bestimmende Sachleistungsprinzip stößt zunehmend an seine Grenzen. Während die Zahl der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ständig steigt, ist der Leistungsanspruch des gesetzlich Versicherten limitiert: Er kann nur eine ausreichende, zweckmäßige und notwendige Behandlung beanspruchen. Diese Beschränkung ist dem systemimmanenten Wirtschaftlichkeitsgebot und letztlich der Finanzierbarkeit der GKV geschuldet.

Die sich daraus ergebende Diskrepanz ist anspruchsvollen Versicherten, die über das medizinisch Machbare informiert sind, schwer vermittelbar.

Ein Ausweg aus diesem Dilemma ist, dass die über den Sachleistungsanspruch hinausgehenden Leistungen individualvertraglich vereinbart werden – in Form so genannter individueller Gesundheitsleistungen (IGeL).

Das, was bei der individualvertraglichen Vereinbarung von Leistungen und der Privatliquidation rechtlich zu beachten ist, hat unsere Rechtsabteilung in dem folgenden Text zusammengefasst. Eine rechtssichere Handhabung sollen Ihnen die Mustervereinbarungen im Anhang erleichtern. In der Online-Version dieser Publikation haben wir die durch das GKV-Finanzierungsgesetz zum 2. Januar 2011 geänderten gesetzlichen Vorgaben für die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V eingearbeitet.

Wir sehen diese Broschüre auch als guten Einstieg für die Beschäftigung mit dem Thema Kostenerstattung an sich. Denn aus unserer Sicht werden – um das eingangs geschilderte Finanzproblem letztendlich lösen zu können – neue Wege zu beschreiten sein. Und einer davon könnte gerade im fachärztlichen Bereich eben eine intelligente Form der Kostenerstattung sein.

Ihre



Dr. Krombholz
Vorsitzender des Vorstands



Dr. Schmelz
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands



Dr. Enger
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

1.	Welchen Anspruch haben GKV-Versicherte?	3
2.	Was ist die Leistungspflicht des Vertragsarztes oder Psychotherapeuten?	3
2.1	Inhalt und Umfang des Sicherstellungsauftrags	3
2.2	Probleme und offene Fragen in der Rechtsprechung	4
2.3	Empfehlungen der KVB	5
3.	In welchen Fällen ist nach den Bundesmantelverträgen eine Privatliquidation zulässig?	5
3.1	Wunschbehandlung	5
3.2	Keine Krankenversichertenkarte	6
3.3	Kein Bestandteil der GKV-Versorgung	7
4.	Ist eine Zuzahlung verboten?	8
5.	Kann man statt Sachleistung auch eine Kostenerstattung vereinbaren?	8
5.1	Privatrechnung für GKV-Versicherte	8
5.2	Erklärung des Patienten über die Kostenerstattung	10
5.3	Auswirkungen der Kostenerstattung	11
5.4	Kostenerstattung bei selbst beschafften Leistungen des Versicherten	13
5.5	Kostenerstattung und Budget bzw. Verwendung besonderer („besserer“) Gerätschaften	13
5.6	Kostenerstattung bei Wahlтарifen nach § 53 Abs. 4 SGB V	14
6.	Welche Bedingungen müssen bei einer Privatliquidation erfüllt sein?	14
6.1	Informationen über Leistungsumfang	14
6.2	Initiative des Patienten	15
6.3	Aufklärung über Konsequenzen	16
6.4	Erklärung des Patienten über die Wahlentscheidung	16
6.5	Privatliquidation	16
6.6	Persönliche Leistungserbringung	17
6.7	Probleme ineinander übergehender vertragsärztlicher und privatärztlicher Behandlung	17
6.8	Konkurrenzverhältnis zwischen Behandlung von GKV- und Privatpatienten	17
7.	Umsatzsteuerpflicht?	18
8.	Ansprechpartner	19
9.	Auswahl Individueller Gesundheitsleistungen	20
10.	Adressen der Berufsverbände	28
	Erklärung über Kostenerstattung für GKV-Versicherte	37
	Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung	39

1. Welchen Anspruch haben GKV-Versicherte?

Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben Anspruch auf eine Behandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst neben der ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung auch die Versorgung des Patienten mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§ 27 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V)). Dabei gilt das so genannte **Sachleistungsprinzip**: Die erforderlichen Leistungen sind den Versicherten als Sach- oder Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen (§ 2 Abs. 2 SGB V).

Dem Anspruch der GKV-Versicherten steht eine **Behandlungspflicht** jener Ärzte und Psychotherapeuten gegenüber, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese haben dabei das **Wirtschaftlichkeitsgebot** zu beachten. Das bedeutet: GKV-Versicherte haben Anspruch auf diejenige vertragsärztliche Versorgung, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst **zweckmäßig und ausreichend ist sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreitet**.

Auf unwirtschaftliche Leistungen hat der Versicherte keinen Rechtsanspruch. Weder darf der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt oder Psychotherapeut diese als Sachleistung der GKV erbringen und verordnen, noch darf die gesetzliche Krankenkasse diese Leistungen bewilligen bzw. bezahlen (§ 12 SGB V).

2. Was ist die Leistungspflicht des Vertragsarztes oder Psychotherapeuten?

2.1 Inhalt und Umfang des Sicherstellungsauftrags

Die vertragsärztliche oder psychotherapeutische Versorgung in dem gesetzlich und vertraglich definierten Umfang sicherzustellen, ist eine Verpflichtung der **Kassenärztlichen Vereinigung (KV)**. Die KVen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sind Adressaten dieses Sicherstellungsauftrags gemäß § 75 Absatz 1 SGB V. Bei der Sicherstellung der vertragsärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung handelt es sich primär um eine **kollektive Verpflichtung** der KVen. Dies ergibt sich aus § 72 Abs. 1 SGB V. Danach wirken Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen.

Das Bundessozialgericht (BSG) leitet aus dem Sicherstellungsauftrag jedoch **auch individuelle Pflichten des einzelnen Vertragsarztes** ab:

Nach den Grundsatzentscheidungen vom 14. März 2001 (Az: B 6 KA 54/00 R; B 6 KA 36/00 R; B 6 KA 67/00 R) hat ein Arzt, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt,

nicht nur Rechte. Er ist auch dazu verpflichtet, zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags GKV-Patienten die wesentlichen Leistungen anzubieten, die typischerweise zu seinem Fachgebiet gehören. Allerdings mit folgender Einschränkung: Die Leistungen, die zum Leistungsinhalt ärztlicher Behandlung im Rahmen der GKV gehören, sind durch eine Gebührenposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschrieben (erfasst) und daher der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen und der Vertragsarzt erfüllt die für die Erbringung vorgeschriebenen besonderen Voraussetzungen hinsichtlich Qualifikation und apparativer Ausstattung. Auch die Auswahl eines besonderen Verfahrens oder der Einsatz besonderer Gerätschaften berechtigt nicht zu einer Privatliquidation, wenn in der Leistungsbeschreibung des EBM das Leistungsziel vorgegeben ist.

Zur Begründung der **Behandlungspflicht** des Vertragsarztes für alle wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets bezieht sich das BSG auf verschiedene gesetzliche und untergesetzliche sowie gesamtvertragliche Regelungen. Insbesondere seien dies die Bestimmungen des Sachleistungsprinzips, zu dessen Verwirklichung es einer umfassenden Behandlungspflicht durch Vertragsärzte bedürfe. Eine solche Pflicht werde auch der Bedarfsplanung zugrunde gelegt.

Das BSG weist zum Beispiel in seinem Urteil vom 21. März 2001 (Az.: B 6 KA 67/00 R) darauf hin, dass der Vertragsarzt nicht befugt ist, sein Leistungsspektrum beliebig und einseitig gegenüber den GKV-Versicherten einzuengen. Alle – der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnenden und im Rahmen seiner Praxis erbringbaren – ärztlichen Leistungen seines Fachgebiets hat der Vertragsarzt ohne Unterschied bei GKV-Versicherten und Privatpatienten zu erbringen, wenn dafür medizinischer Bedarf besteht (**Differenzierungsverbot**). Der Vertragsarzt dürfe nur in begründeten Fällen die Behandlung von GKV-Versicherten oder Teile von Behandlungen ablehnen und müsse alle für die Behandlung notwendigen Verordnungen treffen.

Die Behandlung eines Versicherten darf der Vertragsarzt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur aus zwei Gründen verweigern:

- fehlendes Vertrauen zwischen Arzt und Patient,
- Überlastung durch eine Vielzahl von Patienten.

2.2 Probleme und offene Fragen in der Rechtsprechung

- Die in den Urteilen verwendeten Begriffe „wesentliche Leistungen“, „typische Leistungen“, „Gebietsstandard“, „Kernbereich“ sind nicht eindeutig definiert und auch durch die bisherige Rechtsprechung nicht vollständig geklärt.
- Der Hinweis auf die Weiterbildungsordnung und deren Begrifflichkeit, insbesondere darauf, was unter „Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten“ beschrieben ist, hilft nicht weiter.
- Das Problem des Umgangs mit Leistungen, für die eine besondere Genehmigung erforderlich ist, ist nicht gelöst.

- Die Gewährleistung der Leistungserbringung ist dann nicht klar, wenn überhaupt nur eine eingeschränkte Zulassung besteht.

2.3 Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

Vermeiden Sie insbesondere bei den Leistungen aus dem arztgruppenspezifischen Kapitel des EBM – wenn diese im Rahmen einer kurativ notwendigen Behandlung erbracht werden – ein gesplittetes Leistungsangebot GKV-PKV. Konkret: Bieten Sie diese GKV-Leistungen jedenfalls als vertragsärztliche Leistungen an (und nicht ausschließlich in Ihrer Privatpraxis). Insbesondere dürfen der Intention der genannten BSG-Entscheidungen entsprechend einzelne Leistungen aus diesem Kapitel „nicht in den privatärztlichen Bereich verlagert“ werden. Dies gilt entsprechend für Leistungen, für deren Abrechnung Sie von der KVB eine besondere Genehmigung erhalten haben.

Fehlt dem Vertragsarzt die Genehmigung zur Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher Leistungen, weil er die Voraussetzungen nicht erfüllt oder weil er eine solche nicht beantragt hat, ist der Abschluss eines privatärztlichen Behandlungsvertrags, sofern der Vertragsarzt die Leistung nach Berufsrecht erbringen darf, nur mit der Maßgabe zulässig, dass der Vertragsarzt den Versicherten über das Fehlen der Genehmigung aufklärt und darauf hinweist, dass eine Leistungspflicht der GKV besteht und die Leistung bei einem anderen Vertragsarzt oder Psychotherapeuten als GKV-Leistung (ohne Mehrkosten) erbracht werden kann.

Dasselbe gilt, wenn der Vertragsarzt bestimmte ärztliche Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbringen darf, weil sie durch seine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung ausgeschlossen, aber berufsrechtlich seinem Fachgebiet zuzuordnen sind.

3. In welchen Fällen ist nach den Bundesmantelverträgen eine Privatliquidation zulässig?

3.1 Wunschbehandlung

In der vertragsärztlichen Versorgung darf eine Vergütung von einem Versicherten nur gefordert werden, wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt (§ 18 Abs. 8 Nr. 2. Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Nr. 2. Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag).

Dies trifft in folgenden Fällen zu:

- Der GKV-Versicherte kommt als Privatpatient in die Praxis. Er möchte also, obwohl er eigentlich einen Leistungsanspruch in der GKV hätte, in vollem Umfang als Privatpatient behandelt werden und bringt dies auch dem Arzt gegenüber zum Ausdruck.
- Der GKV-Versicherte wünscht Leistungen, die zwar im Leistungskatalog der GKV enthalten sind und vom Arzt auch in diesem Rahmen erbracht werden könnten, jedoch für den konkreten Behandlungsfall nicht zweckmäßig oder erforderlich im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots sind („**Wunschbehandlung**“).
- Der GKV-Versicherte wünscht Leistungen, die Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs und im konkreten Fall auch aus ärztlicher Sicht erforderlich sind. Er möchte dennoch diese Leistungen auf privatärztlicher Basis erhalten, im Übrigen jedoch weiterhin als GKV-Patient behandelt werden (**Leistungssplitting**). Dazu zählt der Fall einer ärztlichen Behandlung auf privatärztlicher Basis und daneben Versorgung mit Arzneimitteln als Sachleistung oder auch umgekehrt.
- Gleiches gilt für den Fall, dass der GKV-Versicherte die Aufteilung der ärztlichen Behandlung in einen privatärztlichen und einen vertragsärztlichen Leistungsteil wünscht. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die privatärztlich gewünschte Leistung eine selbstständige Leistung ist und als solche auch selbständig geltend gemacht werden kann. Ein Beispiel hierfür ist, dass sich der Patient zu Lasten der GKV einer Linsen ersetzenden Operation unterzieht und sich dabei eine nicht im GKV-Leistungskatalog enthaltene aufwändigere Linse implantieren lässt und diese privat bezahlt.

3.2 Keine Krankenversichertenkarte

In der vertragsärztlichen Versorgung darf eine Vergütung von einem GKV-Versicherten ansonsten nur gefordert werden, wenn

- a) **die Krankenversichertenkarte nicht vorgelegt worden ist bzw. ein gültiger Behandlungsausweis nicht vorliegt und**
- b) **ein solcher nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorgelegt wird.**

Eine vom GKV-Versicherten entrichtete Vergütung ist zurückzuzahlen, wenn dem Vertragsarzt bis zum Ende des Kalendervierteljahres eine gültige Krankenversichertenkarte bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis vorgelegt wird (§ 18 Abs. 8 Nr. 1. i. V. m. Abs. 9 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Nr. 1. i. V. m. Abs. 9 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag).

3.3 Kein Bestandteil der GKV-Versorgung

In der vertragsärztlichen Versorgung darf eine Vergütung von einem Versicherten auch dann gefordert werden, wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind (so genannte Individuelle Gesundheitsleistungen, IGeL-Leistungen*), vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde (§ 18 Abs. 8 Nr. 3. Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Nr. 3. Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag).

Einen ersten Vorstoß in Richtung dieser leistungsrechtlichen Klarstellung hat die KBV bereits Ende der 90er-Jahre im Einklang mit ärztlichen Berufsverbänden unternommen, indem sie IGeL-Leistungen definiert und in einem Empfehlungskatalog ohne abschließenden Charakter zusammengefasst hat. Damit wurde auch eine Basis für jeden Patienten geschaffen, eine gezielte Wahlentscheidung zur Realisierung persönlicher Gesundheitsbedürfnisse zu treffen.

Individuelle Gesundheitsleistungen sind ärztliche Leistungen, die

- nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören,
- dennoch vom Patienten nachgefragt werden und
- ärztlich empfehlenswert oder – je nach Intensität des Patientenwunsches – zumindest ärztlich vertretbar sind.

Die als IGeL-Leistungen ausgewiesenen Leistungen und Methoden überschneiden sich auch nicht mit jenen Leistungen und Methoden, die in der *Anlage II der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)* nicht als vertragsärztliche Leistungen anerkannt sind.

Die in den Ausschlusslisten aufgeführten Methoden sind sehr umstrittene medizinische Behandlungsmethoden, die wegen ihrer bezweiferten Wirksamkeit als unwirtschaftlich (und auch als IGeL-Leistungen unzweckmäßig) angesehen werden.

IGeL-Leistungen unterliegen nicht der Überwachung durch die KV. KV und Ärztekammer prüfen allerdings die Einhaltung der vertragsärztlichen und berufsrechtlichen Pflichten bei Beschwerden, zum Beispiel von Seiten der Patienten oder der Kostenträger, wenn es um die Beachtung von Aufklärungspflichten und der Fachgebietsgrenzen geht.

Ein wichtiger Hinweis: Bevor Sie IGeL-Leistungen erbringen, sollten Sie prüfen, ob nicht doch eine medizinische Indikation oder eine notwendige Leistung vorliegt, die in den Leistungskatalog der GKV gehört und damit nach EBM abzurechnen ist.

**In der aktuellen Diskussion finden sich hierfür verschiedentlich auch Begriffe wie „private Zusatzleistungen in der Arztpraxis“ oder „zusätzliche private Gesundheitsleistungen“. Entscheidend kommt es darauf an, dass es sich dabei um individualvertraglich im Sinne von einzelvertraglich vereinbarten Leistungen im Gegensatz zu den kollektiv-, aber auch selektivvertraglichen Leistungen (GKV-Versorgung) handelt. Vergleiche PROFUND, Ausgabe 9/2009.*

Um das Bewusstsein der Patienten für die Grenzen der Kassenmedizin zu wecken, spielen sowohl die Transparenz der Leistungen als auch eine entsprechende Aufklärung durch den Vertragsarzt oder Psychotherapeuten sowie dessen Personal eine wichtige Rolle.

Bei der Erbringung und Abrechnung von IGeL-Leistungen sind die unter dem Punkt 6 in dieser Broschüre dargestellten Bedingungen, die bei einer Privatliquidation erfüllt sein müssen, in besonderer Weise zu beachten.

IGeL-Leistungen sind dem Patienten in jedem Fall nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung zu stellen. Soweit im Gebührenverzeichnis keine speziellen GOÄ-Nummern existieren, können solche selbstständigen Leistungen gemäß § 6 Abs. 2 der Allgemeinen Bestimmungen der GOÄ „entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden“ (Analogberechnung). Die Abrechnung nach individuell erstellten Leistungslegenden oder individuell festgelegten Pauschalen ist jedoch ausgeschlossen (siehe hierzu auch Punkt 6.5).

4. Ist eine Zuzahlung verboten?

Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut darf für vertragsärztliche oder -psychotherapeutische Leistungen von Versicherten grundsätzlich keine Zuzahlung fordern. Der Leistungserbringer verstößt gegen das Sachleistungsprinzip und damit gegen ein zentrales Prinzip der GKV und handelt der von ihm mit seiner Zulassung gemäß § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V übernommenen Verpflichtung zuwider, wenn er Behandlungsmaßnahmen von (zusätzlichen) Zahlungen der einzelnen Versicherten abhängig macht (Urteil des BSG vom 14. März 2001; Az.: B 6 KA 67/00 R). Eine Ausnahme gilt nur für die so genannte Praxisgebühr bei Erstinanspruchnahme oder Inanspruchnahme ohne Überweisung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V und die Zuzahlung bei Massagen, Bädern und Krankengymnastik, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung erbracht werden (§ 18 Abs. 10 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 10 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag).

5. Kann man statt Sachleistung auch eine Kostenerstattung vereinbaren?

5.1 Privatrechnung für GKV-Versicherte

Eine Ausnahme vom Sachleistungsprinzip ist die Behandlung von GKV-Versicherten, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V **gewählt** haben. Entscheidet sich der Versicherte für die Kostenerstattung, erhält er vom behandelnden Arzt eine Privatrechnung auf Basis der GOÄ. Diese kann der Patient zur (Teil-)Kostenerstattung bei seiner Krankenkasse einreichen.

Auch der Patient, der sich für eine Kostenerstattung entscheidet, ist nach wie vor Versicherter der GKV. Er ist daher kein echter Privatpatient, sondern hat nur einen anderen Abrechnungsweg für die in Anspruch genommene Leistung gewählt. Im Rahmen der Kostenerstattung dürfen dann nur die Leistungen erbracht und abgerechnet werden, die zum Leistungsumfang der GKV gehören. Das heißt, die Wahl der Kostenerstattung bedeutet keineswegs die Zustimmung des Patienten zu einer Privatbehandlung über den GKV-Leistungsumfang hinaus. Auch hierfür bedarf es eines gesonderten privatärztlichen Behandlungsvertrags.

Der Kostenerstattungs-Patient ist wie jeder andere GKV-Versicherte auch grundsätzlich auf die Inanspruchnahme eines zugelassenen Vertragsarztes oder -psychotherapeuten oder ermächtigten Arztes im Rahmen seines Ermächtigungskatalogs beschränkt.

Nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse können im Einzelfall auch nicht zugelassene Leistungserbringer von den Versicherten in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung kann von der Krankenkasse dann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme solcher Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Leistungserbringung gewährleistet ist (§ 13 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V).

Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Daraus ergibt sich, dass die Krankenkassen eine entsprechende Pflicht zur Minderung des Erstattungsbetrages um die Zuzahlungen haben, sodass ein ausdrücklicher Hinweis hierauf in § 13 Abs. 2 SGB V nicht erforderlich ist.

Die Satzung der Krankenkassen hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vorsehen (§ 13 Abs. 2 Satz 8 bis 10 SGB V). Abschläge für die nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfung sind nicht mehr erforderlich. Der Gesetzgeber begründet dies damit, dass bei der Kostenerstattung der Versicherte selbst durch Überprüfung der vom Leistungserbringer gestellten Rechnung die Möglichkeit hat, Leistungspositionen zu hinterfragen und so das wirtschaftliche Handeln des Leistungserbringers zu kontrollieren.

Kostenerstattungsmöglichkeiten nach § 13 Abs.2 SGB V

§ 13 Abs. 2 Sätze 1 – 3 SGB V

regelmäßiges Wahlrecht des Versicherten

Voraussetzung:

- Information der Krankenkasse durch Versicherten
- Zustimmung der Krankenkasse nicht erforderlich
- Informationspflicht Leistungserbringer über Kostentragungsregelung

§ 13 Abs. 2 Sätze 5 – 7 SGB V

Inanspruchnahme von Nicht-Vertragsärzten

Voraussetzung:

- Zustimmung der Krankenkasse erforderlich
- *Inanspruchnahme von kollektiv ausgeschiedenen Ärzten nicht möglich*

§ 13 Abs. 4 u. 5 SGB V

Leistungserbringung im Ausland

Voraussetzung:

- Anwendbarkeit EWG VO 1408/71

§ 13 Abs. 3 SGB V

„Systemversagen“

Voraussetzung:

- unaufschiebbare Leistung konnte nicht rechtzeitig erbracht werden

oder

- Die Leistung zu Unrecht von der Krankenkasse abgelehnt wurde

5.2 Erklärung des Patienten über die Kostenerstattung

Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass der GKV-Versicherte – nachdem er vor Inanspruchnahme der Leistung seine Krankenkasse in Kenntnis gesetzt hat – gegenüber dem Vertragsarzt oder -psychotherapeuten vor Beginn der Behandlung eine entsprechende Erklärung abgibt. An die Wahlentscheidung ist der Versicherte je nach Satzung seiner Krankenkasse gegebenenfalls für einen bestimmten Zeitraum gebunden, mindestens jedoch für ein Kalendervierteljahr (§ 13 Abs. 2 Satz 12 SGB V).

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist zur Erleichterung der Wahl der Kostenerstattung dem GKV-Versicherten die Möglichkeit eingeräumt worden, die Wahl der Kostenerstattung auf den Bereich der ambulanten ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung, der stationären Versorgung oder auf veranlasste Leistungen (Arzneimittel, Hilfsmittel usw.) zu beschränken. Weiterhin ausgeschlossen ist jedoch, die Entscheidung zur Kostenerstattung nur für einzelne bestimmte Leistungen innerhalb der ambulanten Versorgung zu treffen. Für den nicht zur Kostenerstattung gewählten Bereich bleibt es beim Sachleistungsprinzip (§ 13 Abs. 2 Satz 4 SGB V).

Im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln ist mit der Ergänzung des § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) mit Wirkung zum 1.1.2011 für den GKV-Versicherten die Möglichkeit geschaffen worden, in den Fällen, in denen der Arzt nur eine Wirkstoffverordnung ausgestellt oder die Aut-idem-Abgabe nicht ausgeschlossen hat, ein anderes Arzneimittel gegen Kostenerstattung zu erhalten, als dasjenige, für das die zuständige Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat (§ 130a Abs. 8 SGB V). Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen ist und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt. Nur in diesen Fällen müssen die Versicherten ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung nicht von der Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis setzen und sind nicht für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung gebunden (§ 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V).

Die Wahl der Kostenerstattung liegt **allein und ausschließlich im Ermessen des Patienten**. Wie bei der Vereinbarung einer Privatbehandlung gilt daher auch hier, dass dem Patienten die Kostenerstattung **nicht aufgedrängt** werden darf.

Dem Vertragsarzt oder -psychotherapeut steht eine Wahlmöglichkeit – Behandlung auf Chipkarte oder über Kostenerstattung – nicht zu. Er ist an die Entscheidung seines Patienten gebunden. Zur Vermeidung späterer Unstimmigkeiten oder Streitigkeiten, sollte jeder Patient, der sich für die Kostenerstattung entschieden hat, vor Behandlungsbeginn eine **Erklärung** unterschreiben. Aus dieser muss hervorgehen, dass er – vor Inanspruchnahme der Leistung – vom behandelnden Vertragsarzt oder -psychotherapeut informiert wurde, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von ihm selbst zu tragen sind (Kostenrisiko zu

Lasten des Patienten). Darüber hinaus sollte die Erklärung enthalten, dass der Patient seine Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung über seine Wahl der Kostenerstattung (gewählter Leistungsbereich) in Kenntnis setzt beziehungsweise gesetzt hat und er darüber informiert ist, dass eine Beschränkung auf einzelne Leistungen nicht möglich ist. Ein Muster für eine derartige Erklärung für GKV-Versicherte, die bei ihrer Krankenkasse Kostenerstattung gewählt haben, ist am Ende der Broschüre zu finden.

Mit seiner Entscheidung zur Kostenerstattung hat der Patient **nicht gleichzeitig auch einer Privatbehandlung zugestimmt**, die über den oben genannten Umfang hinausgeht. Für die Liquidation von privatärztlich erbringbaren Leistungen besteht damit keine rechtliche Grundlage. Ausnahme: Eine zusätzliche Vereinbarung über die privatärztliche Behandlung wurde abgeschlossen.

5.3 Auswirkungen der Kostenerstattung

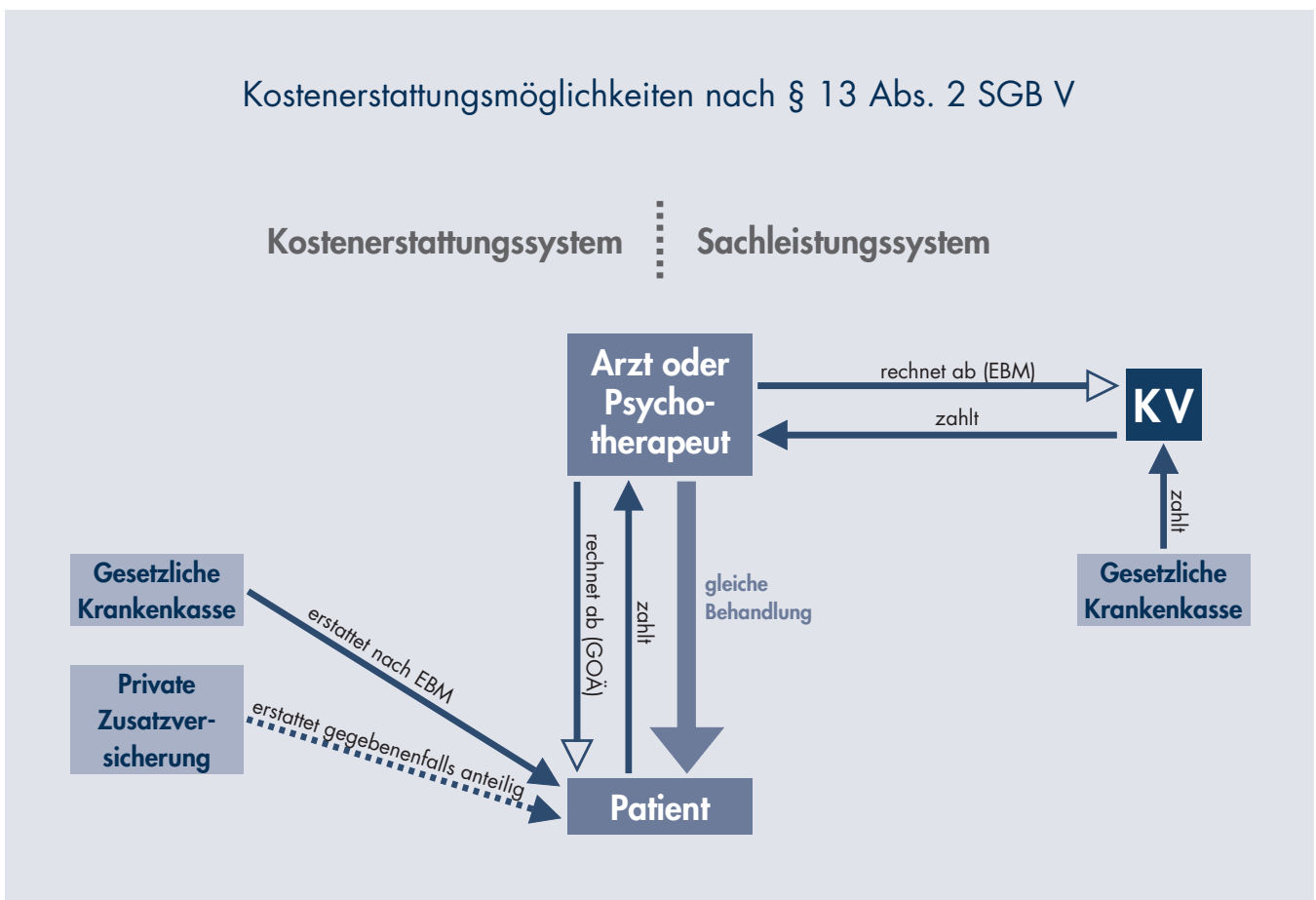
Sofern der GKV-Versicherte von seinem Wahlrecht Gebrauch macht, erfolgt die Behandlung abrechnungstechnisch als Privatbehandlung nach der GOÄ.

Die Erstattungsleistungen der Kassen dürfen nicht höher ausfallen als die Kosten, die bei Sachleistung – also bei Abrechnung auf dem üblichen Weg über die KV – anfallen würden. Deshalb wird der Patient, der eine Kostenerstattung gewählt hat, in aller Regel einen – unter Umständen erheblichen – Teil der Rechnung selbst tragen müssen. Auch können die Krankenkassen einen Abzug vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vornehmen (§ 13 Abs. 2 Satz 10 SGB V). Für Zuzahlungen müssen sie entsprechende Abschläge vom Erstattungsbetrag abziehen. Der Selbstbehalt des Patienten kann jedoch auch bedeutend höher ausfallen – je nachdem, welcher Steigerungssatz der GOÄ der Rechnung zugrunde gelegt wird.

Die Leistungen der Krankenkassen für Kostenerstattungen gemäß § 13 Abs. 2 (ohne Satz 5) SGB V werden von den an die KV zu zahlenden **Gesamtvergütungen** abgezogen. Sie schmälern damit das Honorarvolumen, das zur Verteilung an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Mitglieder der KV zur Verfügung steht (§ 87a Abs. 3a S. 5 SGB V).

Für jeden Patienten, der sich für Kostenerstattung entschieden hat, ist eine gesonderte Privatrechnung auszustellen. Das Inkassorisiko liegt beim Vertragsarzt oder -psychotherapeuten.

Kostenerstattungsmöglichkeiten nach § 13 Abs. 2 SGB V



Die Behandlung von GKV-Versicherten im Sachleistungssystem ist identisch mit der im Kostenerstattungssystem. Der Unterschied besteht in der Form der Abrechnung:

- Beim Sachleistungsprinzip erfolgt die Abrechnung zwischen Vertragsarzt oder -psychotherapeut und KV nach EBM.
- Bei der Kostenerstattung rechnet der Vertragsarzt oder -psychotherapeut direkt mit dem GKV-Versicherten nach GOÄ ab. Dieser kann den Rechnungsbetrag teilweise von seiner Krankenkasse und gegebenenfalls teilweise von einer eventuell abgeschlossenen Zusatzversicherung erstattet bekommen. Die KV ist im Kostenerstattungssystem nicht beteiligt. Die gesetzliche Krankenkasse kürzt die Gesamtvergütung entsprechend (Anrechnung).

5.4 Kostenerstattung bei selbst beschafften Leistungen des Versicherten

Nach § 13 Abs. 3 SGB V sind dem GKV-Versicherten Kosten für selbst beschaffte Leistungen von seiner Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn nach vorheriger Rücksprache mit der Krankenkasse

- eine **unaufschiebbare** Leistung nicht rechtzeitig durch die Krankenkasse erbracht werden konnte
oder
- die Leistung zu Unrecht von der Krankenkasse **abgelehnt** wurde und dadurch dem Versicherten Kosten entstanden sind.

Die restriktive Ausgestaltung dieser Regelung beschränkt die Anwendbarkeit auf Einzelfälle. Diese Regelung ist nachrangig zum § 13 Abs. 2 SGB V und ergänzt diesen. Sowohl die nofallähnliche Situation der unaufschiebbaren Leistung als auch eine unrechtmäßige Ablehnung ist auf den jeweiligen Einzelfall bezogen.

Beiden Alternativen ist gemeinsam, dass den GKV-Versicherten die zustehende Sach-/Naturalleistung nicht gewährt wurde, weil das Sachleistungssystem insofern versagt hat als die Krankenkasse keine Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen konnte („Systemversagen“, zum Beispiel durch bestehende Versorgungslücken). Diese Situation allein berechtigt den GKV-Versicherten, sich die notwendigen Leistungen selbst zu beschaffen und die entstandenen Kosten bei seiner Krankenkasse für den konkreten Einzelfall geltend zu machen. Mit dem Begriff „selbst beschaffte Leistung“ meint das Gesetz das Verlassen des primären Sachleistungsweges durch privatrechtliche Inanspruchnahme eines – häufig nicht zugelassenen – Leistungserbringers. Allerdings bleibt es auch bei den selbst beschafften Leistungen bei dem ausschließlichen Anspruch des GKV-Versicherten auf Leistungen innerhalb des Leistungskatalogs der GKV. So hat das BSG in seiner Entscheidung vom 28. Februar 2008 (Az.: B 1 KR 19/07 R) ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V nicht weiter reicht als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch und dieser Anspruch damit voraussetzt, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben.

5.5 Kostenerstattung und Budget bzw. Verwendung besonderer („besserer“) Gerätschaften

Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut darf dem GKV-Patienten eine GKV-Kernleistung seines Fachgebiets nicht vorenthalten, um sie zum Beispiel aus Gründen der Kostenunterdeckung nur als Privatbehandlung anzubieten oder sie von einer Zuzahlung abhängig zu machen. Die Begründung mit einem ausgeschöpften Budget oder besonderen gerätetechnischen Ausstattungen verbietet sich in diesem Zusammenhang. Nach dem BSG kann es keinem Zweifel unterliegen, dass finanzielle Aspekte wie die behauptete unzureichende Honorierung einer Ein-

zelleistung einen Vertragsarzt nicht berechtigen, den Versicherten gesetzlich vorgesehene Leistungen nur außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung zukommen zu lassen oder gänzlich zu verweigern (BSG, Urteil vom 14. März 2001, Az.: B 6 KA 54/00 R sowie aus der Bayerischen Sozialgerichtsbarkeit: Sozialgericht (SG) München vom 21. November 2001, Az.: S 42 KA 83/01 und Bayerisches Landessozialgericht (LSG) vom 12. Mai 2004, Az.: L 12 KA 72/02). Auch ist es zum Beispiel nicht zulässig, einem GKV-Patienten die Behandlung mit einem „einfacheren“ Instrument anzubieten und alternativ als Privatleistung oder mit Zuzahlung die Verwendung eines „besseren“ Instruments. In derartigen Fällen erscheint es schon fraglich, ob die Verwendung eines „einfacheren“ Instrumentariums, zumal wenn ein „besseres“ vorhanden ist, noch dem aktuellen Stand der medizinischen Anforderung gerecht wird.

5.6 Kostenerstattung bei Wahlтарifen nach § 53 Abs. 4 SGB V

Im Bereich der Wahlтарife des § 53 Abs. 4 SGB V wählen die GKV-Versicherten als Mitglieder ihrer Krankenkasse Kostenerstattung, indem sie bei ihrer Krankenkasse einen speziellen Tarif abschließen. Seit dem 1. April 2007 kann eine Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Die Höhe der Kostenerstattung kann dabei variabel gestaltet werden. Beispielsweise wäre es möglich, dem GKV-Versicherten den 2,3-fachen Satz nach GOÄ zu erstatten. Für die Mehrkosten, die dies gegenüber den Kosten im Sachleistungsprinzip bedeutet, muss die Krankenkasse eine entsprechend kalkulierte Prämienzahlung des Versicherten einfordern. Auch für diesen Bereich gilt, dass die Kostenerstattung anstelle der Sach- oder Dienstleistung tritt. Das heißt, dass Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören, und Behandlungen durch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte nicht in den Wahlтарif eingeschlossen sein können (§ 53 Abs. 4 Satz 3 i. V. m. § 13 Abs. 1 und 2 – mit Ausnahme Abs. 2 Satz 2 und 3 – SGB V). Der GKV-Versicherte, der sich für einen Kostenerstattungswahlтарif seiner Krankenkasse entscheidet, ist ein Jahr gebunden (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V). Im Gegensatz zu den bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V vorgesehenen besonderen Informations- und Beratungspflichten des Vertragsarztes oder -psychotherapeuten gelten diese bei den Kostenerstattungswahlтарifen nach § 53 Abs. 4 SGB V nicht.

6. Welche Bedingungen müssen bei einer Privatliquidation erfüllt sein?

6.1 Information über Leistungsumfang

Der Patient ist über den Leistungsumfang der GKV zu unterrichten. Der Leistungsanspruch des GKV-Versicherten ist begrenzt auf die notwendige Krankenbehandlung – Leistungen also, die erforderlich sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhü-

ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen – gemäß § 12 Abs. 1 SGB V – das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Darüber hinausgehende medizinisch mögliche und sinnvolle Leistungen sind nicht Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs. Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut muss den Patienten zunächst darauf hinweisen, welche Leistungen durch die GKV übernommen werden und dass er diese ohne zusätzliche Zahlungen beanspruchen kann.

Mittlerweile haben die Krankenkassen ihren Versicherten auch eine besondere hausarztzentrierte Versorgung anzubieten und können ihren Versicherten darüber hinaus im fachärztlichen Bereich eine besondere ambulante ärztliche Versorgung anbieten. Die Teilnahme an diesen so genannten Selektivverträgen nach §§ 73b und 73c SGB V ist sowohl für den Patienten als auch für den Vertragsarzt oder -psychotherapeuten freiwillig. Zudem können Gegenstand dieser Verträge zum Beispiel auch Leistungen sein, die (noch) keine EBM-Leistungen sind, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss über deren Eignung als Leistung der GKV keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Diese Leistungen können damit auch IGeL-Leistungen sein (siehe auch unter Punkt 3.3 dieser Broschüre). Soweit sich jedoch der Vertragsarzt oder -psychotherapeut zur Teilnahme an einem Selektivvertrag verpflichtet, der diese Leistungen mit erfasst, und der in diesen Selektivvertrag eingeschriebene Versicherte nach dieser Leistung verlangt, kann diese Leistung nicht (mehr) als IGeL-Leistung abgerechnet werden, sondern gegenüber diesem Patienten nur noch nach den Bedingungen des Selektivvertrags. Das bedeutet, der Leistungsanspruch eines GKV-Versicherten kann je nach Krankenkasse und Mitgliedschaft und Teilnahme am Vertrag beziehungsweise je nach Teilnahme des Vertragsarztes oder -psychotherapeuten an den entsprechenden Verträgen unterschiedlich sein.

6.2 Initiative des Patienten

Die Initiative für die Privatbehandlung muss vom Patienten ausgehen. Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut darf dem GKV-Patienten die private Behandlung weder vorschlagen noch ihn in irgendeiner anderen Form in diese Richtung drängen.

Der GKV-Versicherungsschutz (Umfang, Modalitäten) ist danach nur für den Versicherten disponibel. Aus Gründen des Schutzes des GKV-Versicherten ist der Verzicht gegenüber dem Vertragsarzt oder -psychotherapeuten indessen nur zulässig, wenn vor der Behandlung oder vor abgrenzbaren Behandlungsabschnitten ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag auf ausdrückliches Verlangen des GKV-Versicherten über die gesamte ärztliche Behandlung oder Einzelmaßnahmen der Behandlung abgeschlossen worden ist. Das Erfordernis des „ausdrücklichen Verlangens des Versicherten“ schließt nicht aus, dass der Vertragsarzt oder -psychotherapeut über die Möglichkeit einer – nach Maßgabe des zuvor Gesagten erlaubten – Privatbehandlung informiert, wenn diese Information richtig und nicht überredend ist. Geht die „Initiative“ vom Vertragsarzt oder -psychotherapeut aus, ist auch der Hinweis erforderlich, dass die Privatbehandlung im Vergleich zur vertragsärztlichen Versorgung medizinisch nicht notwendig ist.

6.3 Aufklärung über Konsequenzen

Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut muss den Patienten vorab über die Folgen seiner Entscheidung informieren. Die Informationspflicht bezieht sich insbesondere darauf, dass eine vollständige oder auch teilweise Beteiligung der Krankenkassen an diesen Kosten nicht in Betracht kommt. Der Patient muss sich darüber im Klaren sein, dass er die Kosten vollständig alleine zu tragen hat.

Insbesondere bei medizinisch nicht indizierten Leistungen trifft den Vertragsarzt oder -psychotherapeuten eine besondere Aufklärungspflicht. Der Gesetzgeber sieht dazu zum Beispiel in § 52 Abs. 2 SGB V vor, dass dem GKV-Versicherten zwar ein Sachleistungsanspruch bei Folgeerkrankungen zusteht, die sich der GKV-Versicherte durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, etwa eine Tätowierung oder ein Piercing, zugezogen hat. Der GKV-Versicherte muss sich in diesen Fällen jedoch an den Behandlungskosten beteiligen und die Krankenkasse kann ihm das Krankengeld versagen oder es von ihm zurückfordern.

6.4 Erklärung des Patienten über die Wahlentscheidung

Den Wunsch nach Privatbehandlung muss der Patient vor Beginn der Behandlung schriftlich erklären. Eine entsprechende Verpflichtung steht in den Bundesmantelverträgen (§ 18 Abs. 8 Nr. 2. Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Nr. 2. Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag). Aber auch aus Beweisgründen ist jeder Vertragsarzt oder -psychotherapeut gut beraten, eine entsprechende Erklärung vom Patienten einzufordern. Ein Muster für eine derartige Erklärung über die Wahlentscheidung zur privaten Behandlung ist am Ende der Broschüre abgedruckt.

6.5 Privatliquidation

Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut ist verpflichtet, dem Patienten eine unter Beachtung der Regelungen der Berufsordnung und der GOÄ spezifizierte Rechnung zu erstellen, da nur eine den Grundsätzen dieser Regelungen entsprechende Rechnung eine Zahlungspflicht des Patienten auslöst.

Nach § 12 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns muss die Honorarforderung angemessen sein.

Für die Bemessung ist die GOÄ die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten. Der Arzt darf die Sätze der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten beziehungsweise überschreiten. Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung hat der Vertragsarzt oder -psychotherapeut auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.

Nach alledem ist es nicht zulässig, dem Patienten lediglich eine Quittung über den von ihm bezahlten (Pauschal-)Betrag auszustellen. Wie bei allen sonstigen Behandlungsverhältnissen ist eine Vorkasse für die ärztliche Leistung unzulässig.

6.6 Persönliche Leistungserbringung

Auch bei der Privatliquidation sind die Grundsätze der persönlichen Leistungserbringung (vgl. § 4 Abs. 2 GOÄ) einzuhalten. Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut kann danach Gebühren nur für selbstständige ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen).

6.7 Probleme ineinander übergehender vertragsärztlicher und privatärztlicher Behandlung

Grundsätzlich ist es dem GKV-Versicherten nicht verboten, bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen aus der vertragsärztlichen in die privatärztliche Versorgung zu wechseln. Vom Vertragsarzt oder -psychotherapeut ist sicherzustellen, dass ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen nicht doppelt abgerechnet werden. Um Zweifel auszuschließen, sollte außerdem bei der Fortsetzungsbehandlung eine schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten getroffen werden.

6.8 Konkurrenzverhältnis zwischen Behandlung von GKV- und Privatpatienten

Dem Arzt oder Psychotherapeuten ist es freigestellt, wann und mit welchem „organisatorischen“ Ablauf er Privatpatienten behandelt. Solange der Vertragsarzt oder -psychotherapeut seine Behandlungspflicht gegenüber GKV-Versicherten nach Maßgabe der vertragsärztlichen Bestimmungen – auch mit ausreichenden Sprechstunden – erfüllt, können mit Privatpatienten besondere Absprachen getroffen werden. So ist eine kurzfristige Terminvereinbarung mit Privatpatienten und eine Terminvergabe an GKV-Versicherte in der Reihenfolge der Anmeldung unseres Erachtens grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Zur Vermeidung gesetzes- bzw. vertragswidrigen Verhaltens gegenüber GKV-Patienten sollten Sie nachstehende Grundsätze unbedingt beachten:

- Notfallbehandlungen haben Vorrang vor jeder anderen Behandlung
- Schmerzpatienten sind zeitnah zu behandeln

- die Behandlung von GKV-Patienten darf aus rein finanziellen Gründen nicht zugunsten der Behandlung von Privatpatienten abgelehnt werden; lediglich unterschiedliche, aber dem Behandlungsbedürfnis adäquate Terminvergabe ist möglich
- bei langfristiger Terminvergabe für notwendige Behandlung ist darauf zu achten, dass der zuständigen Krankenkasse kein „sonstiger Schaden“ entsteht (zum Beispiel die Verschiebung eines als notwendig erachteten OP-Termins mit der Konsequenz, dass dadurch längere Arbeitsunfähigkeitszeiten mit Krankengeldanspruch entstehen), ansonsten droht Regressgefahr!

7. Umsatzsteuerpflicht?

Umsätze aus Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin, die im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit unter anderem als Arzt oder Psychotherapeut durchgeführt werden, sind umsatzsteuerfrei, § 4 Nr. 14 a UStG. Unter ärztlichen Heilbehandlungen sind dabei Tätigkeiten zu verstehen, die zum Zweck der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und – soweit möglich – der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen bei Menschen vorgenommen werden. Bei der Tätigkeit muss ein **therapeutisches Ziel** im Vordergrund stehen (*siehe hierzu auch die Entscheidungen des Bundesfinanzhofes (BFH) vom 12. August 2004, Az.: V R 18/02 und Az.: V R 27/02 sowie vom 30. Januar 2008, Az.: XI R 53/06*). Die Umsatzsteuerbefreiung gilt für alle erstattungsfähigen GKV-Leistungen, aber auch für IGeL-Leistungen, die **medizinisch indiziert** sind. Bei allen IGeL-Leistungen muss der Vertragsarzt oder -psychotherapeut jedoch anhand seiner Dokumentation die medizinische Indikation nachweisen. Gelingt dies nicht, werden die IGeL-Leistungen von den Finanzbehörden als umsatzsteuerpflichtig eingestuft.

Da sich die Finanzbehörden nicht konkret zur Umsatzsteuerpflicht bzw. Umsatzsteuerbefreiung einzelner IGeL-Leistungen äußern, trägt der Arzt oder Psychotherapeut das Risiko, dass im Rahmen einer Außenprüfung die Umsatzsteuerpflicht einzelner Leistungen festgestellt wird und sich daraus möglicherweise Umsatzsteuer-Nachzahlungen ergeben. In Zweifelsfragen, insbesondere auch zum Umgang mit den gesetzlich festgelegten Grenzwerten, sollte daher der fachkundige Rat eines Steuerberaters oder Ähnlichem eingeholt werden.

8. Ansprechpartner

Für Fragen und Anregungen zu dieser Broschüre stehen Ihnen unsere Berater unter der Telefonnummer 0 18 05 / 90 92 90 – 10* oder der Faxnummer 0 18 05 / 90 92 90 – 11* zur Verfügung.

Ihre Anfragen können Sie gerne auch per E-Mail an folgende Adresse senden:
Abrechnungsberatung@kvb.de

** 14 Cent pro Minute für Anrufe aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen*

9. Auswahl Individueller Gesundheitsleistungen

Was die so genannten IGeL-Leistungen sind und welche Regelungen für ihre Anwendung gelten, ist in dieser Broschüre unter Punkt 3.3 zusammengefasst. Im Folgenden finden Sie eine Aufstellung von IGeL-Leistungen. Sie enthält die Abrechnungsziffern nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und den einfachen Gebührensatz in Euro.

Die angegebenen GOÄ-Nummern sind beispielhaft, gegebenenfalls können bei einzelnen Untersuchungen oder Behandlungen auch andere Leistungen zum Ansatz kommen. Zur Orientierung für die Berechnung der Gebühr im konkreten Fall ist der Einfachsatz nach der GOÄ abgedruckt. Es handelt sich nicht um eine Vorgabe oder Empfehlung. Der Arzt ist insoweit frei.

Die ärztlichen Berufsverbände haben den vorliegenden IGeL-Katalog um fachspezifische Komponenten erweitert, die einer ständigen Aktualisierung unterliegen. Wir haben auf die Aufnahme dieser Komponenten in den Katalog verzichtet, da diese den Umfang unserer Broschüre sprengen würden. Wer sich dafür interessiert, sollte sich direkt an die zuständigen Berufsverbände wenden. Die jeweiligen Adressen finden Sie im Anschluss an die IGeL-Liste.

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
9.1 Vorsorgeuntersuchungen		
Kleiner Gesundheitscheck		
29	Gesundheitsuntersuchung	25,65
250	Blutentnahme	2,33
651	Ruhe-EKG	14,75
3501	BSG	3,50
3511	Urin-Teststreifen	2,91
3550	Blutbild	3,50
3551	Differentialblutbild	1,17
3560	Glukose	2,33
3562.H1	Cholesterin	2,33
3583.H1	Harnsäure	2,33
3585.H1	Kreatinin	2,33
3595.H1	GPT	2,33
Großer Gesundheitscheck		
29	Gesundheitsuntersuchung	25,65
250	Blutentnahme	2,33
410	Sono-Check erstes Organ	11,66
420	Sono-Check weiteres Organ	4,66

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
605	Lungenfunktion	14,11
605a	Flussvolumenkurve	8,16
652	Belastungs-EKG	25,94
3501	BSG	3,50
3511	Urin-Teststreifen	2,91
3550	Blutbild	3,50
3551	Differentialblutbild	1,17
3560	Glukose	2,33
3563.H1	HDL-Cholesterin	2,33
3564.H1	LDL-Cholesterin	2,33
3565.H1	Triglyceride	2,33
3583.H1	Harnsäure	2,33
3584.H1	Harnstoff	2,33
3585.H1	Kreatinin	2,33
3587.H1	Alkalische Phosphatase	2,33
3592.H1	Gamma-GT	2,33
3594.H1	GOT	2,33
3595.H1	GPT	2,33
3555	Kalzium	2,33
3557	Kalium	1,75

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebühren- satz in Euro
	Ergänzung der zweijährlichen Gesundheitsuntersuchung um Belastungs- und/oder Ruhe-EKG sowie weitere Laboruntersuchungen („Check-up-Ergänzung“)	
651 oder	Ruhe-EKG oder	14,75
652	Belastungs-EKG	25,94
3501	BSG	3,50
3550	Blutbild	3,50
3551	Differentialblutbild	1,17
3583.H1	Harnsäure	2,33
3585.H1	Kreatinin	2,33
3595.H1	GPT	2,33
	Sono-Check-up der inneren Organe	
1	Beratung	4,66
410	Sono-Check erstes Organ	11,66
420	Sono-Check weiteres Organ	4,66
	Schlaganfallprävention („Stroke-Check“)	
1	Beratung	4,66
645	Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße bei fehlenden anamnestischen oder klinischen Auffälligkeiten	37,89
	Lungen-Check	
1	Beratung	4,66
605	Lungenfunktion	14,11
605a	Flussvolumenkurve	8,16

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebühren- satz in Euro
	Nieren-Check	
1	Beratung	4,66
6	Untersuchung eines Organsystems	5,83
410	Ultraschall Blase	11,66
420	Ultraschall rechte Niere	4,66
420	Ultraschall linke Niere	4,66
250	Blutentnahme	2,33
3585.H1	Kreatinin	2,33
3583.H1	Harnsäure	2,33
3511	Urin-Teststreifen	2,91
3532	Phasenkontrastmikroskopie	5,25
4605	Urinkultur	3,50
4852	Urinzytologie	10,14
	Hirnleistungs-Check („Brain-Check“)	
1	Beratung	4,66
857	Fragebogentest, orientierende Testverfahren	6,76
	Glaukom-Prävention	
1	Beratung	4,66
1240	Spaltlampenmikroskopie	4,31
1256	Tonometrie	5,83
	Osteoporose-Prävention	
1	Beratung	4,66
5380 oder 5475	Osteodensitometrie	17,49
	Erweitertes Präventionsangebot für Kinder (Intervall-Check)	
26	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U6a im 15. bis 18. Lebensmonat	26,23
26	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U9a im 8. Lebensjahr	26,23
26	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U9b im 10. Lebensjahr	26,23
26	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen J2 im 14. bis 16. Lebensjahr	26,23

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebühren- satz in Euro
	Neugeborenen-Audio-Check	
1	Beratung	4,66
1409	Otoakustische Emissionen	23,31
	Schiel-Prävention	
1	Beratung	4,66
1200	Refraktion, subjektiv	3,44
1202	Refraktion, objektiv	4,31
1216	Strabismustest	5,30
	Sonstige Vorsorgeuntersuchungen	
644	Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien bzw. -venen	10,49
422 oder 423 oder 424	Echokardiographische Untersuchungen zur Früherkennung	11,66 29,14 40,80
A 619	Untersuchung auf Helicobacter pylori-Besiedlung mittels ¹³ C-Harnstoff-Atemtest als Primärdiagnostik	13,23
	ggf. ergänzende facharztspezifische Untersuchungen	

7.2 Krebsfrüherkennung

	Große Krebsfrüherkennung für Frauen	
1	Beratung	4,66
7	Untersuchung	9,33
410	Ultraschall Gebärmutter	11,66
420	Ultraschall rechtes Ovar	4,66
420	Ultraschall linkes Ovar	4,66
420	Ultraschall weitere Organe	4,66
403	Transvaginale Untersuchung	8,74
250	Blutentnahme	2,33
3508	Nativpräparat	4,66
3511	Urin-Teststreifen	2,91
3550	Blutbild	3,50
3551	Differentialblutbild	1,17

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebühren- satz in Euro
	Brustkrebsfrüherkennung mittels Ultraschall auf besonderen Wunsch der Frau	
1	Beratung	4,66
418 und 420	Ultraschalluntersuchung der Brustdrüsen	12,24 4,66
	Große Krebsfrüherkennung für Männer	
1	Beratung	4,66
7	Untersuchung	9,33
410	Ultraschall Prostata	11,66
420	Ultraschall rechte Niere	4,66
420	Ultraschall linke Niere	4,66
420	Ultraschall weitere Organe	4,66
403	Transrektale Untersuchung	8,74
250	Blutentnahme	2,33
3511	Urin-Teststreifen	2,91
3532	Phasenkontrast-Mikroskopie	5,25
3550	Blutbild	3,50
3551	Differentialblutbild	1,17
3908.H3	PSA-Test	17,49
4605	Keimzahlbestimmung	3,50
	Früherkennung bösartiger Erkrankungen bei Risikopersonen	
1	Beratung	4,66
677	Früherkennung des Bronchialkarzinoms mittels Fluoreszenz-Bronchoskopie, ggf. mit endobronchialen Ultraschall (EBUS)	34,97
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums	10,49
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	10,61
	Hautkrebsfrüherkennung	
750	Aufflicht-Mikroskopie	6,99

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebühren- satz in Euro
	Weitere Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	
410 420	Sonographische Bestimmung der Endometriumsdicke zur Früherkennung des Endometriumkarzinoms	11,66 4,66
1789	Früherkennung des Harnblasenkarzinoms mittels Fluoreszenz-Zystoskopie	18,94
4815 analog	Erweiterte Früherkennung des Zervixkarzinoms (Gebärmutterhalskrebs) durch optimierte zytologische Diagnostik mittels Dünnschichtzytologie (z. B. Thin-Prep, Autocyte)	20,40
4077	Früherkennung des Neuroblastoms bei Säuglingen/Kleinkindern durch Bestimmung von Vanillinmandelsäure im Urin („Windeltest“)	33,22

7.3 Reisemedizin

Reisemedizinische Untersuchung		
1	Beratung	4,66
5	Untersuchung	4,66
A76	Schriftliche Information	4,08
	ggf. ergänzende facharztspezifische Untersuchungen	
Reisemedizinische Impfungen		
1	Beratung	4,66
5	Untersuchung	4,66
375	Schutzimpfungen	4,66

7.4 Sportmedizin

1 oder 3	Sportmedizinische Beratung	4,66 8,74
Sportmedizinische Untersuchung		
29	Gesundheitsuntersuchung	25,65
A76	Schriftliche Information	4,08
250	Blutentnahme	2,33
605	Lungenfunktion	14,11
605a	Flussvolumenkurve	8,16
652	Belastungs-EKG	25,94
3501	BSG	3,50
3511	Urin-Teststreifen	2,91
3550	Blutbild	3,50

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebühren- satz in Euro
3551	Differentialblutbild	1,17
3560	Glukose	2,33
3562.H1	Cholesterin	2,33
3563.H1	HDL-Cholesterin	2,33
3585.H1	Kreatinin	2,33
3592.H1	Gamma-GT	2,33
3595.H1	GPT	2,33
	ggf. ergänzende facharztspezifische Leistungen	

7.5 Umweltmedizin

30 31 analog	Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese	52,46 26,23
3	Eingehende umweltmedizinische Beratung	8,74
50	Umweltmedizinische Wohnraumbegehung	18,65
	Umweltmedizinische Schadstoffmessungen	
Kap. M	Umweltmedizinisches Biomonitoring	
77 analog	Erstellung eines umweltmedizinisch begründeten Behandlungskonzeptes	8,74
80 85	Umweltmedizinisches Gutachten	17,49 29,14

7.6 Ärztliche Untersuchungen und Bescheinigungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht

1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kindergartenbesuch ■ Schulbesuch ■ Besuch von heilpädagogischen Tagesstätten ■ Reisetauglichkeit 	4,66
6 oder 7 oder 8	<ul style="list-style-type: none"> ■ Flugtauglichkeit ■ Beurteilung der Wehrtauglichkeit ■ medizinisch nicht indizierte Abklärungsdiagnostik im Rahmen der Beweissicherung nach Drittschädigung 	5,83 9,33 15,15
70	<ul style="list-style-type: none"> ■ Berufstauglichkeit ■ Eignung als Berufskraftfahrer ■ Jugend- oder Sozialämter ■ Rentenversicherungen ■ Privatversicherungen 	2,33
	ggf. ergänzende facharztspezifische Untersuchungen	

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebühren- satz in Euro
7.7 Beratungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Begleitende Beratung und Betreuung bei Verordnung von Nicht-GKV-Arzneimitteln zur Adipositas-Behandlung (z.B. Reductil®, Xenical®) ■ Begleitende Beratung und Betreuung bei Verordnung von Nicht-GKV-Arzneimitteln zur Behandlung von erektiler Dysfunktion (z.B. Viagra®) ■ Beratung zur Behandlung mit Nahrungsergänzungsmitteln z.B. mit Antioxidantien oder Vitaminpräparaten ■ Begleitende Beratung und Betreuung bei Verordnung von Lifestyle-Arzneimitteln außerhalb der GKV-Leistungspflicht ■ Beratung und ggf. Arzneimittelverordnung zur Regelverschiebung (z.B. vor Urlaub, sportlichen Aktivitäten) 	4,66
1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beratung zur Suchtmittelentwöhnung ohne Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung (z.B. Alkohol, Nikotin) ■ Beratung zur Hausapotheke ■ Diät-Beratung ohne Vorliegen einer Erkrankung ■ Beratung zur Selbstmedikation im Rahmen von Prävention und Lebensführung ■ Medizinisch-kosmetische Beratung ■ Sonnenlicht- und Hauttyp-Beratung 	4,66

7.8 Gutachten außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
80	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arbeitsmedizinisches Gutachten nach der Fahrerlaubnisverordnung 	17,49
85	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erstellung eines privaten Gutachtens ■ Ärztliche Gutachten zur Beurteilung der Wehrtauglichkeit auf Wunsch des Patienten ■ Adoptionsgutachten 	29,14

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebühren- satz in Euro
7.9 Empfängnisregelung		
252	Dreimonatsspritze	2,33
291	Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums außerhalb der GKV-Leistungspflicht	4,08
2009	Entfernung eines subkutanen Depot-Kontrazeptivums außerhalb der GKV-Leistungspflicht	5,83
410	IUP-Lagekontrolle mittels Ultraschall außerhalb der GKV-Leistungspflicht	11,66
1091	Platzierung eines (auch hormonhaltigen) Intrauterin-Pessars außerhalb der GKV-Leistungspflicht	6,18
1146 analog	Refertilisationseingriff nach vorangegangener operativer Sterilisation bei der Frau	129,40
1758	Refertilisationseingriff nach vorangegangener operativer Sterilisation beim Mann	64,70
3668	Andrologische Diagnostik ohne Hinweis auf Vorliegen einer Sterilität oder nach Sterilisation (Spermiogramm)	23,31
1156 analog	Sterilisation der Frau außerhalb der GKV-Leistungspflicht	61,20
1756	Sterilisation des Mannes außerhalb der GKV-Leistungspflicht	48,50

7.10 Leistungen bei Schwangerschaft		
Sonographische Untersuchungen		
415	Vitalitätsuntersuchung des Feten (Ultraschalluntersuchung in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche)	17,49
415 analog	Zusätzliche sonographische Schwangerschaftsuntersuchung auf Wunsch der Schwangeren bei Nicht-Risiko-Schwangerschaften („Baby-Fernsehen“), ggf. einschl. Geschlechtsbestimmung	17,49
Untersuchung auf schwangerschaftsrelevante Infektionen außerhalb der GKV-Leistungspflicht, z. B. Untersuchung auf Antikörper gegen		
4445	Toxoplasmose	16,90
4334	Varizella zoster	16,90
4318	Herpes simplex	16,90

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebühren- satz in Euro
	Triple-Test auf Morbus Down und Neuralrohrdefekte des Feten	
3743	Alpha-Fetoprotein (AFP)	14,57
4024	β-HCG	14,57
4027	Östriol	14,57
	Schwangerschaftstest auf Wunsch der Patientin	
1	Beratung	4,66
3528 oder 3529	Schwangerschaftstest	7,58 8,74
	Zyklusmonitoring bei Kinderwunsch ohne Vorliegen einer Sterilität	
7	Untersuchung	9,33
410	Ultraschall rechtes Ovar	11,66
420	Ultraschall linkes Ovar	4,66
403	Transkavitäre Untersuchung	8,74
4850	Phasenbestimmung des Zyklus	5,07
	Künstliche Befruchtung außerhalb der GKV-Leistungspflicht	
410 420 403	Ultraschalluntersuchungen	11,66 4,66 8,74
4026 4039 4040	Hormonbestimmungen	14,57 20,40 20,40
317 analog	Eizellentnahme	20,40
4852 4873 analog	Aufbereitung und Zusammenführung von Ei- und Samenzellen	10,14 176,61
1114 analog	Embryotransfer	21,57

7.11 Labordiagnostik ohne Vorliegen anamnestischer oder klinischer Hinweise

	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebühren- satz in Euro
	Beratung und Blutentnahme für Laboruntersuchungen	
1	Beratung	4,66
250	Blutentnahme	2,33

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebühren- satz in Euro
	Blutgruppenbestimmung auf Wunsch	
3982	ABO-Merkmale und Rhesusfaktor	17,49
3987	Antikörpersuchtest	8,16
	HIV-Test	
4395	HIV-Test mittels qualitativem IgG-Antikörper-Nachweis	17,49
	Schilddrüsenfrüherkennung	
4030	TSH-Bestimmung	14,57
	Fettstoffwechsel-Früherkennung bei Kindern	
3562.H1	Gesamt-Cholesterin	2,33
3565.H1	Triglyceride	2,33
	Tests zum Ausschluss von Metall-Allergien	
4191	Arsen	23,90
4192	Blei	23,90
4193	Cadmium	23,90
4196	Quecksilber	23,90
4198	ähnliche Untersuchungen	23,90
	Hormonanalyse	
4021	Follitropin	14,57
4026	Luteotropin	14,57
4039	Östradiol	20,40
4040	Progesteron	20,40
	Sonstige Laboruntersuchungen	
3783 analog	Untersuchung auf Helicobacter pylori-Besiedlung mittels ¹³ C-Harnstoff-Atemtest als Primärdiagnostik	33,22
Kap. M	Überprüfung des Impfstatus, sofern nicht von der STIKO empfohlen	
Kap. M	Laborleistungen auf Wunsch des Patienten zur individuellen Vorsorge bzw. Abschätzung des speziellen Lebensrisikos	

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebühren- satz in Euro	
7.12 Psychotherapeutische Angebote			
860	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psychotherapeutische Verfahren zur Selbsterfahrung ohne medizinische Indikation ■ Selbstbehauptungstraining, sofern kein psychopathologisch definiertes Krankheitsbild vorliegt ■ Stressbewältigungstraining, sofern kein psychopathologisch definiertes Krankheitsbild vorliegt 	53,62	
861		40,22	
862		20,11	
863		40,22	
864		20,11	
865		20,11	
870		43,72	
871		8,74	
846 bzw. 847		Entspannungsverfahren als Präventionsleistung	8,74 2,62
846		Biofeedback-Behandlung	8,74
861 862 analog	Kunst- und Körpertherapien, auch als ergänzende Therapieverfahren	40,22 20,11	
870 871	Verhaltenstherapie bei Flugangst	43,72 8,74	
3 856	Untersuchung zur Überprüfung des intellektuellen und psychosozialen Leistungsniveaus ohne medizinische Indikation (z. B. Schullaufbahnberatung auf Wunsch der Eltern)	8,74 21,04	
857	Durchführung von psychometrischen Tests auf Wunsch des Patienten	6,76	

7.13 Medizinisch-kosmetische Leistungen		
380 381 382	Epikutan-Tests zur Prüfung der Verträglichkeit von Kosmetika	1,75 1,17 0,87
1 5	Behandlung der androgenetischen Alopezie bei Männern (Glatzenbehandlung)	4,66 4,66
743 755	Peeling-Behandlung zur Verbesserung des Hautreliefs	4,37 13,99
742	Epilation von Haaren außer bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs an Händen und im Gesicht	9,62
764	Beseitigung von Besenreiser-Varizen	11,07
755	Entfernung von Tätowierungen	13,99
2400 analog	Piercing (sofern von der Lokalisation her medizinisch und ethisch vertretbar)	6,47
560 561 562	UV-Bestrahlungen aus präventiven Gründen (z. B. zur Sonnenexpositions-Prophylaxe)	1,81 1,81 2,68

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebühren- satz in Euro
7.14 Operative Eingriffe außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
2401 2403	Korrektur störender Hautveränderungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht	7,75 7,75
1741	Vorhautbeschneidung ohne medizinische Indikation	21,57
1345	Refraktive Hornhautchirurgie zur Behandlung der Kurzsichtigkeit (z. B. LASIK)	96,76
2626 441	LAUP (Laser-assistierte Uvulo-Palato-Plastik)	145,72 23,31
je nach Behand- lungs- methode	Ästhetische Operationen außerhalb der GKV-Leistungspflicht, wie z. B. <ul style="list-style-type: none"> ■ Facelifting ■ Nasenkorrektur ■ Lidkorrektur ■ Brustkorrektur ■ Fettabsaugung ■ Korrektur absteher Ohren (Ohrmuschelplastik) 	

7.15 Präoperative Untersuchung bei Eingriffen außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
1	Beratung	4,66
8	Ganzkörperstatus	15,15
651	Ruhe-EKG	14,75
3503	Hämatokrit	4,08
3504	Erythrozyten	3,50
3505	Leukozyten	3,50
3506	Thrombozyten	3,50
3513 bzw. 3592. H1	Gamma-GT	4,08 2,33
3514 bzw. 3560	Glukose	4,08 2,33
3517	Hämoglobin	4,08
3519 bzw. 3557	Kalium	4,08 1,75
3520 bzw. 3585. H1	Kreatinin	4,08 2,33
75	Bericht	7,58

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	einfacher Gebühren- satz EURO
7.16 Anästhesien/Narkosen bei Eingriffen außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
1	Beratung	4,66
Kap. D	Anästhesie/ Narkose	

7.17 Sonstige therapeutische Leistungen		
566 analog	Bright-light-Therapie der saisonalen Depression	29,14
842 846 A	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik und -therapie (z. B. MedX-Therapie)	29,14 8,74
269 269a	Akupunktur (z. B. zur Schmerzbehandlung außerhalb der GKV-Leistungspflicht, Allergiebehandlung)	11,66 20,40
520 521 523	Massagebehandlung außerhalb der GKV-Leistungspflicht	2,62 3,79 3,79
1775	Transurethrale Mikrowellen-Therapie zur Behandlung der benignen Prostata-Hyperplasie (TUMT)	2,62
1860	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Erkrankungen des Bewegungsapparates	349,72
3305 3306	Manualtherapeutische Leistungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht, z. B. Kraniosakraltherapie und Osteopathie	2,16 8,63

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	einfacher Gebühren- satz EURO
7.18 Sonstige individuelle Gesundheitsleistungen		
20	Gruppenbehandlung bei Adipositas	6,99
50	Hausbesuch auf Patientenwunsch ohne medizinische Indikation	18,65
252	Injektion eines nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimittels auf Wunsch des Patienten (z. B. Vitamin- und Aufbaupräparate, knorpelschützende Substanzen)	2,33
506 analog	Otolithenbefreiungsmanöver	6,99
659 analog	Apparative Schlafprofilanalyse zur Diagnostik von Schlafstörungen	23,31
659	Langzeit-EKG mit Ereignis-Rekorder	23,31
1210	Kontaktlinsen-Anpassung und -Kontrolle ohne GKV-Indikation zur Kontaktlinsen-Versorgung	13,29
1211		17,49
1212		7,69
1213		11,54
5488 5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	349,72 437,15
5721	MR-Tomographie der Mamma außerhalb der GKV-Leistungspflicht, z. B. zur Kontrolle der Integrität von auf Wunsch eingesetzten Brustimplantaten	233,15

Adressen der Berufsverbände

- **Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Chirurgen in Bayern (ANC)**
Sprecher, Vorsitzender des ANC Niederbayern
Dr. Walter Richter
Achdorfer Weg 5
84036 Landshut
Telefon 08 71 / 2 50 55
Telefax 08 71 / 2 51 50
richter@chirurgie-landshut.de
- **Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Gefäßchirurgen Deutschlands e. V. (ANG)**
Regionalobmann
Dr. Thomas Noppeney
Obere Turmstraße 8
90429 Nürnberg
Telefon 09 11 / 27 06 10
Telefax 09 11 / 28 86 96
tnoppeney.nbg@t-online.de
- **Arbeitsgemeinschaft zytologisch tätiger Ärzte in Deutschland e. V. (AZÄD)**
Dr. Bodo Jordan
Berner Straße 76
60437 Frankfurt am Main
Telefon 0 69 / 46 99 40 65
Telefax 0 69 / 46 99 40 66
info@azaed.de
- **Bayerischer Facharztverband e. V.**
Vorsitzende
Dr. Wolfgang Bärtl
Dr. Dolf Hufnagl
Dr. Hartwig Kohl
Regensburger Straße 109
92318 Neumarkt
Telefon 0 91 81 / 50 90 11 00
Telefax 0 91 81 / 50 90 11 50
info@bfav.de
- **Bayerischer Hausärzteverband**
Landesvorsitzender
Dr. Dieter Geis
Orleansstr. 6
81669 München
Telefon 0 89 / 6 23 03 76
Telefax 0 89 / 6 42 18 11
info@bhaev.de
- **Berufsverband Bayerischer Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker (BBP) in der DGPT**
Vorsitzender
Dr. Dipl.-Psych. Bruno Waldvogel
Theresienstraße 102
80333 München
Telefon 0 89 / 54 29 07 96
Telefax 0 89 / 54 29 05 75
bruno.waldvogel@t-online.de
- **Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie e. V. (BÄMI)**
Landesobfrau
Prof. Dr. Dr. Marianne Abele-Horn
Universitätsklinikum Würzburg
Institut für Hygiene und Mikrobiologie
Josef-Schneider-Straße 2 | E1
97080 Würzburg
Telefon 09 31 / 20 14 69 41
Telefax 09 31 / 20 14 64 45
mhorn@hygiene.uni-wuerzburg.de
- **Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie e. V. (BÄMI)**
Stellvertretende Vorsitzende, Landesobfrau
Dr. Johanna Lerner
Synlab MVZ Augsburg GmbH
Gubenerstr. 39
86156 Augsburg
Telefon 08 21 / 2 27 80 66
Telefax 08 21 / 5 21 57 12
johanna.lerner@synlab.com

- Berufsverband der Augenärzte – LV Bayern
Vorsitzender
Dr. Peter Heinz
Bamberger Straße 32
96132 Schlüsselfeld
Telefon 0 95 52 / 92 12 92
Telefax 0 95 52 / 92 12 93
dr.peterheinz@t-online.de

- Berufsverband der Deutschen Dermatologen – LV Bayern (BVDD)
Vorsitzender
Dr. Rüdiger Ehlert
Dr.-Martin-Luther-Straße 8
93047 Regensburg
Telefon 09 41 / 5 67 66 14
Telefax 09 41 / 5 67 67 33
bvdd.bayern@t-online.de

- Berufsverband der Deutschen Nervenärzte – LV Bayern (BVDN)
Stellv. Vorsitzender des Bundesverbands,
Landesvorsitzender Bayerns
Dr. Gunther Carl
Friedenstraße 7
97318 Kitzingen
Telefon 0 93 21 / 53 55
Telefax 0 93 21 / 89 30
carlg@t-online.de

- Berufsverband Deutscher Anästhesisten – LV Bayern
Vorsitzender
Dr. Johann N. Meierhofer
Klinikum Garmisch-Partenkirchen GmbH
Chefarzt der Abteilung für Anästhesie und operative
Intensivmedizin
Auenstraße 6
82467 Garmisch-Partenkirchen
Telefon 0 88 21 / 77 18 20
Telefax 0 88 21 / 77 18 12
jn.meierhofer@klinikum-gap.de

- Berufsverband Deutscher Neurologen – LV Bayern
Vorsitzender
Dr. Karl-Otto Sigel
Hauptstraße 2
82008 Unterhaching
Telefon 0 89 / 4 52 24 36 – 0
Telefax 0 89 / 4 52 24 36 – 50
dr.sigel@gmx.de

- Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.
– LV Bayern
Vorsitzender
Prof. Dr. Matthias Anthuber
Klinikum Augsburg
Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie
Stenglinstraße 2
86156 Augsburg
Telefon 08 21 / 4 00 26 53
Telefax 08 21 / 4 00 33 19
sekretariat.avt@klinikum-augsburg.de

- Berufsverband Deutscher Psychiater – LV Bayern
Vorsitzender
Dr. Christian Vogel
Agnesstraße 14
80798 München
Telefon 0 89 / 2 73 07 00
Telefax 0 89 / 27 81 73 06
praxcvogel@aol.com

- Berufsverband der Deutschen Radiologen
– LV Bayern
Vorsitzender
Dr. Hans-Jürgen Romahn
Ketschendorfer Straße 33
96450 Coburg
Telefon 0 95 61 / 2 02 12
Telefax 0 95 61 / 2 02 14
lv.bay@radiologenverband.de

- Berufsverband der Deutschen Urologen
– LV Bayern-Nord
1. Vorsitzender
Dr. Herbert Braig
Hauptstraße 46
91154 Roth
Telefon 0 91 71 / 9 98 65
Telefax 0 91 71 / 9 98 67
dr.braig-roth@t-online.de

- Berufsverband der Deutschen Urologen
– LV Bayern-Süd
1. Vorsitzender
Dr. Dirk M. Potempa
Von-Brug-Straße 22
82467 Garmisch-Partenkirchen
Telefon 0 88 21 / 95 58 95
Telefax 0 88 21 / 95 58 96
praxis@drpotempa.de

- Aktionsbündnis Urologie (ABU)
Dachverband der bayerischen Urologen e. V.
1. Vorsitzender
Thomas Böhm
Von-Brug-Straße 22
82467 Garmisch-Partenkirchen
Telefon 0 88 21 / 9 52 41 20
Telefax 0 88 21 / 9 52 41 22
kontakt@aktionsbuendnis-urologie.de

- Berufsverband der Fachärzte für Kardiologie in
freier Praxis (BfK)
1. Vorsitzender
Prof. Dr. Sigmund Silber
Am Isarkanal 36
81379 München
Telefon 0 89 / 74 21 51 30
Telefax 0 89 / 74 21 51 31
sigmund@silber.com

- Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und
Unfallchirurgie e. V. – LV Bayern
Vereinigung Bayerischer Orthopäden und Unfall-
chirurgen
Vorsitzender
Dr. Matthias Graf
Untere Hauptstraße 27
85354 Freising
Telefon 0 81 61 / 35 45 oder 0 81 61 / 5 38 85 83
Telefax 0 81 61 / 4 33 39 oder 0 81 61 / 9 89 21 02
info@dr-med-graf.de oder info@vbou.de

- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie Deutschlands e. V.
Stellvertretende Vorsitzende
Dr. Irmgard Pfaffinger
Türkenstraße 54
80799 München
Telefon 0 89 / 2 28 35 82
Telefax 0 89 / 60 60 02 59
Irmgard.Pfaffinger@t-online.de

- Berufsverband der Frauenärzte – LV Bayern
Vorsitzender
Dr. Peter Hausser
Richard-Wagner-Str. 46
95444 Bayreuth
Telefon 09 21 / 6 51 40
Telefax 09 21 / 5 28 40
hausser@bvf-bayern.de

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
– LV Bayern
Vorsitzender
Dr. Martin Lang
Bahnhofstraße 4
86150 Augsburg
Telefon 08 21 / 3 43 35 83
Telefax 08 21 / 3 83 99
bvkj@jugendmedizin.de

- Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e. V. – Landesgruppe (LG) Bayern
Ansprechpartnerin LG Bayern
Silke von der Heyde, M.S.
Winzererstraße 50
80797 München
Telefon 0 89 / 99 99 0
silke.vonderheyde@heckscher-klinik.de

- Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e. V.
Prof. Dr. Gerhard Schaller
Romanstraße 93
80639 München
Telefon 0 89 / 17 87 67 00
Telefax 0 89 / 1 78 76 70 20
gerhard@schaller-berlin.de

- Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen e. V. – LV Bayern (BNHO)
Vorsitzender Sektion Nord
Dr. Robert Dengler
Hildegard von Bingen-Straße 1
93053 Regensburg
Telefon 09 41 / 20 60 30 40
Telefax 09 41 / 20 60 34 33
r.dengler@onkologiepraxis-regensburg.de

- Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen e. V. – LV Bayern (BNHO)
Vorsitzende Sektion Süd
Dr. Gerlinde Michl
Sollner Straße 65b
81479 München
Telefon 0 89 / 55 27 92 60
Telefax 0 89 / 5 52 79 26 10
michl@onkologie-muenchen-solln.de

- Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands e. V. (BNKD)
1. Vorsitzender
Dr. Andreas Schmidt
Joseph-Mayer-Straße 1
86154 Augsburg
Telefon 08 21 / 3 84 47
Telefax 08 21 / 3 80 35
info@kinderchirurgie-augsburg.de

- Berufsverband der Pathologen – LV Bayern
Vorsitzende
Dr. Marlene Lessel
Institut für Pathologie Kaufbeuren
Dr.-Gutermann-Straße 6
87600 Kaufbeuren
Telefon 0 83 41 / 96 09 40
Telefax 0 83 41 / 9 60 94 26
marlene.lessel@pathologie-kaufbeuren.de

- Berufsverband der Pathologen – LV Bayern
Vorsitzender
Prof. Dr. Peter H. Wünsch
Klinikum Nürnberg – Haus 24
Institut für Pathologie
Professor-Ernst-Nathan-Straße 1
90419 Nürnberg
Telefon 09 11 / 3 98 25 30
Telefax 09 11 / 3 98 21 21
wuensch@klinikum-nuernberg.de

- Bundesverband der Pneumologen in Bayern e. V.
Vorsitzender
Dr. Michael Weber
Enzianstraße 4b
82319 Starnberg
Telefon 0 81 51 / 7 95 95
Telefax 0 81 51 / 66 63 10
weber.pneu@t-online.de

- Berufsverband der Rehabilitationsärzte e. V.
Ansprechpartnerin für Bayern
Dr. Monika Baumann
Briener Straße 54a
80333 München
Telefon 0 89 / 52 01 13 97
Telefax 0 89 / 52 01 13 98
drbaumann@gmx.de

- Berufsverband der Rehabilitationsärzte e. V.
Vorsitzender des BV in Bayern
Dr. Hans-Martin Beyer
Kaiser-Maximilian-Platz 3
87629 Füssen
Telefon 0 83 62 / 28 77
Telefax 0 83 62 / 3 98 12
hmb@thzf.de

- Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland (BVSD)
Landesverbandssprecher
Dr. Klaus Klimczyk
m&i Fachklinik Enzensberg
Abteilung Schmerzzentrum
Höhenstraße 56
87629 Füssen-Hopfen
Telefon 0 83 62 / 12 48 50
Telefax 0 83 62 / 12 35 48
klaus@dr-klimczyk.de

- Berufsverband Deutscher Endokrinologen (BDE)
Vertreter der Sektion Endokrinologie im BDI
Dr. Thomas Eversmann
Residenzstraße 3
80333 München
Telefon 0 89 / 41 30 08 – 0
Telefax 0 89 / 41 30 08 – 20
t.eversmann@t-online.de

- Berufsverband Deutscher Humangenetiker e. V.
– Landesgruppe Bayern
Landesvertreterin
Dr. Dipl. Chem.-Univ. Elke Holinski-Feder
Bayerstraße 1-5
80335 München
Telefon 089 / 3 09 08 86 – 0
Telefax 089 / 3 09 08 86 – 66
holinski-feder@mgz-muenchen.de

- Berufsverband Deutscher Internisten e. V.
– LV Bayern
1. Vorsitzender
Dr. Wolf von Römer
Schleißheimer Straße 440
80903 München
Telefon 0 89 / 3 13 10 41
Telefax 0 89 / 3 13 88 68
wr@dr-von-roemer.de

- Berufsverband Deutscher Laborärzte e. V.
– LV Bayern
Vorsitzender
Dr. Bernhard Wiegel
Brunnwiesenstraße 5
94469 Deggendorf
Telefon 09 91 / 3 70 95 – 0
Telefax 09 91 / 3 70 95 – 21
dr.bernhard.wiegel@t-online.de

- Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e. V. in Bayern
Sprecher des Arbeitskreises Neurochirurgischer Fachpraxen
Dr. Dipl.-Psych. Horst Poimann
Schweinfurter Straße 1
97080 Würzburg
Telefon 09 31 / 41 79 10
Telefax 09 31 / 5 15 36
nchpraxis@neurochirurgie.com

- Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e. V. – LV Bayern
Vorsitzender
Dr. Volker Meusel
Wetterkreuz 21
91058 Erlangen
Telefon 0 91 31 / 6 90 91 – 0
Telefax 0 91 31 / 6 90 91 – 11
dr.meusel@t-online.de
meusel@roentgenpraxis-erlangen.de

- Berufsverband Deutscher Rheumatologen e. V. – LV Bayern
Vorsitzender
Dr. Florian Schuch
Möhrendorfer Straße 1c
91056 Erlangen
Telefon 0 91 31 / 8 90 00
Telefax 0 91 31 / 89 00 50
Florian.Schuch@pgrn.de

- Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten e. V. (BVDST)
1. Beisitzer Regionalvertreter für Bayern
Prof. Dr. Dr. Hans Joachim Thiel
Praxis für Radioonkologie und Strahlentherapie
MVZ am Bruderwald
Buger Straße 82
96049 Bamberg
Telefon 09 51 / 70 03 62 11
Telefax 09 51 / 70 03 62 15
h-j.thiel@bvdst.de

- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)
Vorsitzende der Regionalgruppe Bayerns
Dr. Daniela Thron-Kämmerer
Heilig-Geist-Gasse 41 1
84028 Landshut
Telefon 08 71 / 27 66 80
Telefax 08 71 / 2 76 68 10
dr.danilea.thron@t-online.de

- Berufsverband niedergelassener Diabetologen in Bayern (BNDB)
Mitglied des Vorstands
Dr. Christoph Neumann
Leopoldstraße 32
80802 München
Telefon 0 89 / 33 99 85 00
Telefax 0 89 / 33 99 85 03
c.neumann@diabetes-muc.de

- Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e. V. (BNFI)
1. Vorsitzender
Dr. Peter Schmied
Dr.-Sattler-Straße 1
96224 Burgkunstadt
Telefon 0 95 72 / 32 00
Telefax 0 95 72 / 46 04
peter.schmied@bnfi.de

- Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V.
Vorsitzender der Regionalgruppe Bayern
Dr. Willibold Schiffelholz
Halderstraße 29
86150 Augsburg
Telefon 08 21 / 5 09 02 – 0
Telefax 08 21 / 5 09 02 – 20
schiffelholz@gastro-augsburg.de

- Bundesverband der Belegärzte
1. Vorstand und Ehrenpräsident im BV Deutscher Urologen
Dr. Klaus Schalkhäuser
Erdinger Straße 21
84405 Dorfen
Telefon 0 80 81 / 95 35 00
Telefax 0 80 81 / 95 70 70
bdu@bdurol.de

- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.
– LV Bayern (BVVP)
Vorsitzender
Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
Carl-Wittmann-Weg 10a
84036 Landshut
Telefon 08 71 / 4 50 19
Telefax 08 71 / 9 45 39 03
benedikt.waldherr@gmx.de

- Berufsverband Deutscher Ophthalmochirurgen e. V.
(BDOC) – LV Bayern
Vorsitzender
PD Dr. Dr. Ekkehard Fabian
Bahnhofstraße 12
83022 Rosenheim
Telefon 0 80 31 / 3 89 50 – 0
Telefax 0 80 31 / 3 89 50 – 38
prof.fabian@augencentrum.de

- Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e. V.
– LV Bayern (BNK)
Vorsitzender
Dr. Peter Strauß
Marienstraße 9
92224 Amberg
Telefon 0 96 21 / 1 27 40
Telefax 0 96 21 / 65 77 00
strauss-peter@t-online.de

- Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen – LV Bayern
Dr. Eva-Maria Baur
James-Loeb-Straße 13
82418 Murnau
Telefon 0 88 41 / 4 87 88 80
Telefax 0 88 41 / 4 87 88 89
baur@baur-fromberg.de

- Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie – LV Bayerns
Vorsitzender
Florian Kubitzek
Leopoldstraße 33
80802 München
Telefon 0 89 / 3 81 00 38
Telefax 0 89 / 38 10 03 18
florian.kubitzek@mkg-chirurgie.de

- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V.
– Landesgruppe Bayern
Landesvorsitzender
Dipl.-Psych. Rudi Bittner
Klötzlmüllerstraße 14
84034 Landshut
Telefon 08 71 / 4 50 18
Telefax 08 71 / 4 23 18
rudi-bittner@t-online.de

- Deutscher Ärztinnenbund
Ehrenpräsidentin
Dr. Astrid Bühren
Hagener Straße 31
82418 Murnau
Telefon 0 88 41 / 27 03
Telefax 0 88 41 / 27 08
abuehren@t-online.de

- Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V. – LV Bayern
Vorsitzende
Dr. Barbara Arnold
Alzheimer Eck 2
80331 München
Telefon 0 89 / 26 02 29 88
Telefax 0 89 / 26 02 29 89
barbara_arnold2002@yahoo.de

- Deutscher Berufsverband der HNO-Ärzte e. V.
– LV Bayern
Vorsitzender
Dr. Winfried Goertzen
Dr.-Schmitt-Straße 2-4
91315 Höchstadt
Telefon 0 91 93 / 28 28
Telefax 0 91 93 / 5 07 94 28
dres.goertzen@t-online.de

- Deutscher Berufsverband der Umweltmediziner (dbu)
1. Vorsitzender
Dr. Frank Bartram
Augustinergasse 8
91781 Weißenburg
Telefon 0 91 41 / 8 61 90
Telefax 0 91 41 / 9 25 06
bartram-weissenburg@t-online.de

- Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB)
Bayern
Vorsitzender und Bundesvorsitzender des Deutschen
Facharztverbands (DFV)
Dr. Thomas Scharmann
Steinstraße 85
81667 München
Telefon 0 89 / 48 99 80 37
Telefax 0 89 / 48 99 80 38
mail@gfb-bayern.de

- Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)
Vorstand
Dipl.-Psych. Rudi Merod
Neckarhalde 55
72070 Tübingen
Telefon 0 70 71 / 94 34 94
Telefax 0 70 71 / 94 34 35
bayern@dgvt.de

- Hartmannbund – LV Bayern
Vorsitzender
PD Dr. Dr. Thomas A. Angerpointner
Hofer Straße 21
81737 München
Telefon 0 89 / 47 08 70 – 34
Telefax 0 89 / 47 08 70 – 36
lv.bayern@hartmannbund.de

- Initiativgruppe der bayerischen HNO-Ärzte e. V.
Dr. Nikolaus Weinberger
Bürgerstraße 2
85586 Poing
Telefon 0 81 21 / 8 10 58
Telefax 0 81 21 / 7 81 70
nikolaus.weinberger@gmx.de

- Landesverband für Ambulantes Operieren Bayern e. V.
1. Vorsitzender des LV Bayerns
Dr. Heribert Lindner
Am Westpark 1
85057 Ingolstadt
Telefon 08 41 / 48 04 48
Telefax 08 41 / 48 04 44
vorstand@laob.de

- NAV-Virchow-Bund
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands
e. V. – LV Bayern
Vorsitzender
Dr. Veit Wambach
Vogelsgarten 1
90402 Nürnberg
Telefon 01 60 / 5 06 51 77
Telefax 09 11 / 5 39 95 83 80
info@drwambach.de

- Vertragsärztliche Vereinigung Bayern e. V.
1. Vorsitzender
Dr. Alfred Schinz
Pöltnerstraße 20
82362 Weilheim
Telefon 08 81 / 81 29
Telefax 08 81 / 4 16 38
dr.schinz@medix.de

- Verband Psychologischer Psychotherapeuten (VPP) –
Landesfachverband Bayern
Vorsitzende
Dipl.-Psych. Brigitte Morgenstern-Junior
Wespennetz 9
90403 Nürnberg
Telefon 09 11 / 2 41 87 64
Telefax 09 11 / 2 41 87 64
b.maju@odn.de

- Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeuten in Deutschland e. V. – LV Bayern
Vorsitzende
Dipl.-Soz. Päd. Maria Nonnast-Sander
Baaderstraße 17
80469 München
Telefon 0 89 / 20 01 92 62
Telefax 0 89 / 20 20 72 41
nonnastsander@arcor.de

- Vereinigung Psychotherapeutisch tätiger Kassen-
ärzte e. V. – LV Bayerns
Vorsitzende
Dr. Hildgund Berneburg
Franz-Ludwig-Straße 9
97072 Würzburg
Telefon 09 31 / 88 76 91
Telefax 09 31 / 4 52 37 67
dr.berneburg@t-online.de

Erklärung für GKV-Versicherte, die bei ihrer Krankenkasse Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V gewählt haben

Hiermit erkläre ich, _____ (Name der Patientin/des Patienten),
dass ich als Mitglied der _____ (Name der Krankenkasse)
die Möglichkeit habe, anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V zu wählen.

Patienteninformation zur Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V

Kostenerstattung bedeutet, dass Sie nicht über Krankenversichertenkarte, sondern wie ein Privatpatient gegen Privatrechnung behandelt werden. Wenn Sie sich für die Kostenerstattung entscheiden, haben Sie Ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung hierüber in Kenntnis zu setzen.

Die Wahlentscheidung können Sie separat für den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich und/oder für veranlasste Leistungen treffen. Die Entscheidung gilt dann jeweils für den gesamten gewählten Bereich. Das heißt, wenn Sie zum Beispiel im Bereich der ärztlichen Versorgung Kostenerstattung wählen, gilt dies nicht nur für die Behandlung in dieser Praxis, sondern bei allen Vertragsärzten. Fällt Ihre Wahl auf veranlasste Leistungen werden sämtliche Verordnungen (Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege etc.) auf Privatrezept vorgenommen.

An Ihre Entscheidung sind Sie mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Durch die Wahlentscheidung können Ihnen Mehrkosten entstehen, die Ihre Krankenkasse nicht erstattet.

Erklärung des Versicherten

Ich bin über die Modalitäten der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V ausreichend informiert worden und wähle Kostenerstattung für folgende Bereiche:

- ärztliche Versorgung
- stationärer Bereich
- veranlasste Leistungen (Zutreffendes ist angekreuzt)

Für die ärztliche Behandlung durch

_____ (Name der Ärztin/des Arztes²)

werde ich eine privatärztliche Rechnung nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhalten, die ich bei meiner Krankenkasse zur (Teil-)Erstattung einreichen kann, soweit es sich um Leistungen handelt, die Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind. Unabhängig von eventuellen Erstattungen meiner Krankenkasse bin ich in voller Höhe zahlungspflichtig. Diese Erklärung gilt bis zu einem schriftlichen Widerruf gegenüber meiner Krankenkasse und meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt².

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

¹ analog: Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten

² analog: Name der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten

Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gemäß § 18 Abs. 8 BMV-Ä/§ 21 Abs. 8 EKV

Ich, _____ (Name der Patientin/des Patienten)

wünsche, durch meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt¹

_____ (Name der Ärztin/des Arztes)²

die folgende(n) Leistung(en) auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen:

Dieser Wunsch ist nicht auf Initiative meiner behandelnden Ärztin/meines behandelnden Arztes¹ zustande gekommen. Ausschlaggebend für meine Entscheidung war vielmehr folgender Sachverhalt:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Die von mir gewünschte(n) Leistung(en) ist/sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Die Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) würden jedoch, wie meine Ärztin/mein Arzt³ mir mitteilte, eine ausreichende Behandlung ermöglichen.
- Die von mir gewünschten Leistungen sind zwar an sich Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, sie sind bei meiner Erkrankung jedoch medizinisch nicht notwendig und zweckmäßig im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots und dürfen somit nicht zu Lasten der GKV erbracht und abgerechnet werden.
- Die von mir gewünschten Leistungen sind zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, ich wünsche jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation.

Meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt¹ hat mich über Folgendes aufgeklärt.

- Die von mir gewünschte Behandlung kann nicht mit meiner Krankenkasse abgerechnet werden.
- Ich habe für die von mir gewünschte Behandlung auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung dieser Leistung gegenüber meiner Krankenkasse.
- Meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt¹ wird diese Leistung privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidieren. Die Rechnung ist von mir zu bezahlen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

¹ analog: behandelnde Psychotherapeutin/behandelnder Psychotherapeut

² analog: Name der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten

³ analog: meine Psychotherapeutin/mein Psychotherapeut

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39
80687 München
www.kvb.de

Stand: April 2011

