



SELBSTZAHLER

IGeL: Liquidation nach GOÄ und Schnittpunkte zur Abrechnung nach EBM

von Dr. med. Heinrich Weichmann, Lippetal

I Gewünschte Selbstzahlerleistungen, im Praxisalltag meist IGeL genannt, werden unter unterschiedlichen Vorgaben erbracht und liquidiert: Unwirtschaftliche oder nicht notwendige Behandlungsmethoden werden nachgefragt, auf Wunsch soll eine auch zulasten der GKV mögliche Behandlung als Selbstzahlerleistung erbracht werden. Besondere Vorgaben sind bei Nachbehandlungen nach ästhetischen Operationen zu beachten. I

In der Regel: IGeL auf Wunsch

Wird eine nicht notwendige Behandlungsmethode gewünscht, ist die Sachlage klar: IGeL!

■ Beispiele

- Für eine mittels Externa mögliche Entfernung von Warzen wird der Einsatz eines Lasers gewünscht.
- Gewünscht wird eine nicht zulasten der GKV berechnungsfähige Leistung wie
 - die Auflichtmikroskopie,
 - die Verordnung von Life-Style-Mitteln usw.
- Es werden Leistungen gewünscht, die bei entsprechender Indikation auch zulasten der GKV berechnungsfähig sind, für die aber keine Indikation besteht, wie ergänzende
 - Sonografien,
 - Laboruntersuchungen usw.

GKV-Leistung auf Wunsch als IGeL

Wünscht ein Patient ausdrücklich, nicht zulasten seiner Krankenkasse behandelt zu werden und bestätigt dies schriftlich per Vertrag, so ist auch dann eine Liquidation als IGeL möglich.

■ Beispiel

Ein Patient – vielleicht eine örtlich bekannte Person – will die Behandlung einer venerischen oder bösartigen Erkrankung nicht über seine Krankenkasse abrechnen lassen, vielleicht weil er der Verpflichtung zur Verschwiegenheit nicht traut oder weil er fürchtet, Bekannte bei der Krankenkasse könnten davon erfahren: Sachverhalt schriftlich vereinbaren, Liquidation als IGeL.

Komplikationen nach nicht indizierten Maßnahmen

Werden Krankheiten behandelt, die sich aus Maßnahmen ergeben, die nicht medizinisch indiziert waren, so tritt eine besondere Problematik auf. Die Patienten sind in diesen Fällen laut SGB V an den Kosten zu beteiligen.

Patient möchte nicht über GKV abrechnen lassen: IGeL

Patienten sind an den Kosten zu beteiligen

Vorgaben durch SGB V und BMV-Ä

Wie in diesen Fällen vorzugehen ist, regelt neben dem § 52 Abs. 2 SGB V auch der Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä).

■ § 52 Abs. 2 SGB V

„Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme wie zum Beispiel eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen.“

Gemäß § 58 Abs. 2 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) sind Vertragsärzte verpflichtet, solche Sachverhalte der Krankenkasse mitzuteilen und die betreffenden Versicherten darüber aufzuklären, dass die durchgeführte Behandlung der Krankenkasse mitgeteilt wird. Ein Widerspruchsrecht haben die Patienten nicht. Anzugeben ist dann zusätzlich die Kodierung U 69.10.

■ Kodierung U 69.10 der ICD-10-Klassifikation

„Anderorts klassifizierte Krankheit, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist.“

Bei Komplikationen wie Vereiterungen, allergischen Reaktionen usw. soll der Vertragsarzt die erbrachten Leistungen zulasten der GKV nach dem EBM abrechnen. Durch die zusätzliche Kodierung U 69.10 wird der Vorgabe des § 58 BMV-Ä zwar Genüge getan, der Vertragsarzt belastet aber mit der Abrechnung nach dem EBM sein Praxisbudget und die Gesamtvergütung.

Die Krankenkassen ihrerseits sind gemäß § 52 SGB V verpflichtet, die Versicherten an den Kosten zu beteiligen. Demnach müssten Ärzte, die entsprechende Nachbehandlungen mit Angabe des Codes U 69.10 durchführen, an den Rückforderungen der Krankenkassen beteiligt werden. Bislang ist nicht bekannt, ob überhaupt eine Krankenkasse bei Angabe des Codes U 69.10 entsprechende Rückforderungen bei ihren Versicherten geltend gemacht hat.

Ein möglicher Ausweg

Mit dem obligat vor der Erbringung von IGeL erforderlichen Behandlungsvertrag (können Sie auch vereinbaren, dass die Behandlung möglicher (geringfügiger) Komplikationen wie Wundheilungsstörungen, lokalen Kontaktallergien usw. privat als IGeL berechnet wird. Als IGeL berechnete Nachbehandlungen werden regelmäßig bei den gesetzlichen Krankenkassen mit der Bitte um Erstattung eingereicht. Wird z. B. die Behandlung einer sekundär heilenden Wunde als IGeL nach der GOÄ liquidiert, ist daraus für die Mitarbeiter der Krankenkassen nicht ersichtlich, dass es sich um eine Nachbehandlung nach einer kosmetischen Operation handelt. Bei Nachfragen könnte der Arzt darauf verweisen, dass die Liquidation von Behandlungen im Nachgang von als IGeL berechneten Eingriffen ebenfalls als IGeL vereinbart wurde.

➔ WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Eine „Musterformulierung IGeL-Vereinbarung“ steht auf www.iww.de/aaa zum Download bereit (Shortlink: www.iww.de/s2832).

ICD-10-Code U 69.10 bei Nachbehandlung nicht indizierter Maßnahmen

EBM-Abrechnung würde Praxisbudget und Gesamtvergütung belasten

Nachbehandlung nicht indizierter Maßnahmen in den IGeL-Vertrag



DOWNLOAD
Muster
IGeL-Vereinbarung