PRIVATLIQUIDATION

Der GOÄ-Spiegel

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

| In diesem Beitrag befassen wir uns wieder mit Abrechnungsfragen – diesmal zum Versicherungsumfang bei zusatzversicherten Patienten sowie zur Liquidation bei der Untersuchung des männlichen Urogenitalsystems. |

▶ Alle Fachgebiete

Versicherungsumfang bei zusatzversicherten Patienten

| Während es in der Regel bei zusatzversicherten Patienten keine Probleme bei der Erstattungspflicht für die während des stationären Aufenthaltes erbrachten wahlärztlichen Leistungen gibt, verweigert manche Versicherung aber die Erstattung für die im Zusammenhang damit erbrachten ambulanten Leistungen. Was gilt es zu beachten? |

„Kleingedrucktes" wird nicht immer beachtet

Werbung lässt Einschränkungen bei der Erstattung häufig außer Acht

Vorweg: Oft erfolgt die Ablehnung der Erstattung zu Recht. Entscheidend für die Erstattungspflicht sind nämlich die dem Versicherungsvertag zugrunde liegenden Versicherungs- und Tarifbedingungen. Beeindruckt von der Werbung für die Zusatzversicherung mit Begriffen wie „Privatpatient beim Chefarzt" achten manche Patienten nicht auf das „Kleingedruckte". Aber nicht nur die Erstattungspflicht verschiedener Versicherungen, sogar die verschiedener Tarife bei derselben Versicherung können unterschiedlich sein.

Erstattung teils auf 3,5-fachen Satz beschränkt

So gibt es Tarife, die eine Erstattung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ (3,5-fach) vorsehen, manche erstatten aber auch die Berechnung mit höheren Faktoren, wenn eine gültige Honorarvereinbarung (so genannte „Abdingung" nach § 2 GOÄ) getroffen wurde. Es macht zudem einen Unterschied, ob die Behandlung in einer Privatklinik erfolgt ist: Diese wird meist dann erstattet, wenn auch die gesetzliche Krankenversicherung zahlt. Die belegärztliche Behandlung als Privatpatient ist teils versichert, teils ist die Erstattungspflicht jedoch nur auf „Wahlärzte" begrenzt.

Wann lehnen Versicherungen die Erstattung am häufigsten ab?

Kritisch: Leistungen vor oder nach dem Klinikaufenthalt

Am häufigsten lehnen Versicherungen die Erstattung bei solchen Leistungen ab, die zwar im Zusammenhang mit der stationären Behandlung, aber nicht während der Dauer des stationären Aufenthaltes erbracht wurden.

Es gibt Versicherungstarife, die nur die stationär erbrachten Leistungen erstatten, andere Tarife haben „je eine im Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus durchgeführte privatärztliche Behandlung" versichert und wieder andere richten sich nach der Anzahl und den Fristen des § 115a SGB V (drei Behandlungen innerhalb von fünf Tagen vor der stationären Behandlung, fünf Behandlungen innerhalb von 14 Tagen nach der stationären Behandlung).

Grundsätzlich ist es Sache des Patienten zu wissen, wie er versichert ist. Unklarheiten im Nachhinein sollten aber möglichst vermieden werden: Nichterstattungen führen häufig zu Nachfragen des Patienten beim Arzt und belasten auch das Arzt-Patienten-Verhältnis. In diesen Fällen wäre der Patient ggf. besser in der zugelassenen Klinikambulanz oder beim Hausarzt und nicht in der Privatsprechstunde des Chefarztes behandelt worden.

Arzt muss auf drohende Erstattungslücke hinweisen

Nicht zuletzt aber ist der Arzt auch formal gefordert: § 630c Abs. 3 BGB verlangt eine wirtschaftliche Aufklärung des Patienten vor der Behandlung, wenn Erstattungsprobleme bekannt sind oder sich dafür „nach den Umständen hinreichende Anhaltspunkte" ergeben. Zusatzversicherte Patienten sollten deshalb vor der Behandlung – insbesondere der ambulanten! – auf ihren eventuell eingeschränkten Versicherungsschutz hingewiesen und gebeten werden, dies im Vorfeld zu klären.

▶ Urologie

Untersuchung des männlichen Urogenitalsystems

Nrn. 5 und 11 GOÄ dürfen gemeinsam berechnet werden ...

| Manche Urologen berechnen anstelle der Nr. 6 GOÄ regelhaft die Nrn. 5 und 11 GOÄ. Das um etwa fünf Euro höhere Honorar sollte jedoch nicht dazu verleiten, dies „grundsätzlich" zu tun. Nr. 6 GOÄ regelhaft durch die Kombination von Nr. 5 und Nr. 11 zu ersetzen, hieße, den in Nr. 6 GOÄ geschaffenen Gebührentatbestand willkürlich zu umgehen. Das ist nicht statthaft. |

... wenn etwa der Leistungsinhalt von Nr. 6 GOÄ nicht voll erbracht wurde

Keine Willkür ist es jedoch, die aufgeführte Kombination zu berechnen, wenn der gesamte Leistungsinhalt der Nr. 6 GOÄ nicht vollständig erbracht wurde. Ein Beispiel: Bei einer Nach- oder Kontrolluntersuchung muss nur das äußere Genital (gegebenenfalls nur durch Inspektion), die Nierenlager und rektal untersucht werden. Da die in Nr. 6 GOÄ obligaten anderen Organgebiete (zum Beispiel die Bruchpforten) nicht untersucht wurden, ist es völlig korrekt, in diesem Fall die Nrn. 5 und 11 GOÄ zu berechnen.

PRAXISHINWEIS | Da Nr. 5 GOÄ in vielen Fällen aber schon in der Abrechnung „verbraucht" ist (wegen der Bestimmung „nur einmal im Behandlungsfall neben [...]"), kommt dieser Vorteil nur dann zum Tragen, wenn keine weiteren Leistungen ab Nr. 200 GOÄ in derselben Sitzung erbracht wurden.

▶ Erratum

Falscher Verweis auf GOÄ-Beitrag in der letzten CB-Ausgabe

ARCHIV
Ausgabe 7 | 2011
Abrechnung aktuell

| In der Ausgabe 11/2014 des „Chefärzte Brief" ist uns ein Fehler unterlaufen: Auf Seite 19 wurde im GOÄ-Spiegel unter der Überschrift „Rechnungsgestaltung bei Analogabrechnung" auf einen Beitrag mit dem Titel „Analogabrechnung: Abrechnen, was die GOÄ nicht kennt" verwiesen. Dieser ist jedoch nicht – wie angegeben – im „Chefärzte Brief" erschienen, sondern ab Seite 2 in der Ausgabe 07/2011 von „Abrechnung aktuell" (AAA), einem Informationsdienst des IWW Instituts für die Kassenabrechnung und Privatliquidation in der Arztpraxis. Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen. |