

Ihre Fragen zur Abrechnung und zur wirtschaftlichen Praxisführung beantwortet unser Experte Helmut Walbert, Würzburg.



Helmut Walbert
Allgemeinarzt,
Medizinjournalist und
Betriebswirt Medizin

Rufen Sie an!
Tel. 0 93 1 / 2 99 85 94
donnerstags, 13 bis 15 Uhr
w@lbert.info

Was tun, wenn die PKV nicht zahlt?

? Dr. C. P., Allgemeinarzt, Bayern: *In letzter Zeit hat die PKV immer wieder die Erstattung von leitliniengerecht verordneten Arzneimitteln (z. B. Vitamin D) oder von Impfstoffen, die nicht allgemein von der STIKO emp-*

fohlen sind (z. B. Zostavax®), abgelehnt. Die Patienten sind irritiert. Was kann man da tun?

! **MMW-Experte Walbert:** Bei Vitamin D empfehle ich, eine kurze Bescheinigung zur Vorlage bei der PKV auszustellen mit dem Hinweis auf die in den Arzneimittelrichtlinien zur Erstattungsfähigkeit vorgesehenen Indikationen. Damit sollte der Patient seine Forderung durchsetzen können.

Bei Impfungen, die von der STIKO nicht allgemein empfohlen werden, lohnt es sich, zunächst einmal bei der Sächsischen Impfkommision nachzuschauen. Deren Empfehlungen sind offensichtlich mehr von Rationalität als von Wirtschaftlichkeit geprägt.

Damit sind wir beim eigentlichen Thema: Oft finden sich in den Ablehnungstexten der PKV Formulierungen wie „wissenschaftlich nicht oder noch nicht anerkannt“, womit eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nicht

gegeben sei – die aber Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit ist.

Glücklicherweise gibt es eine Reihe von Gerichtsurteilen zur Erstattungspflicht, auf die man sich berufen kann, wenn die PKV anzweifelt, dass eine angewendete Diagnostik oder Therapie „wissenschaftlich anerkannt“ oder „medizinisch notwendig“ ist. Wichtig ist, dass der Bundesgerichtshof 1996 festgestellt hat, dass eine Heilbehandlung schon dann als medizinisch notwendig anzusehen ist, wenn die medizinischen Befunde und Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Behandlung dies als „vertretbar“ erscheinen lassen (Az.: IV ZR 133/9). Die obersten Richter haben diese Definition seitdem aufrechterhalten (z. B. Az.: IV ZR 113/04).

Die Indikation im individuellen Patientenfall sollte von seriöser wissenschaftlicher Literatur gedeckt sein. Im Zweifel muss der Versicherte sein Recht erstreiten. Hier gibt dann der Gutachter letztendlich den Ausschlag. ■



© AndreyPopov / Getty Images / iStock

Ein pingeliger PKV-Prüfer.

Individueller Diätplan? Im EBM Fehlanzeige!

? H. H., Allgemeinarzt, diabetologisch qualifiziert, Berlin: *Um die Adhärenz meiner Diabetiker zu unterstützen, gebe ich ihnen individuelle Diätpläne mit. Kann ich diese nach der Nr. 01 622 abrechnen?*

! **MMW-Experte Walbert:** Laut Legende ist die Nr. 01 622 für einen aus-

föhrlichen schriftlichen Kurplan, ein begründetes schriftliches Gutachten oder eine schriftliche gutachterliche Stellungnahme gedacht – und zwar nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse bzw. bei Ausstellung der Muster 20a–d, 51 oder 52.

Für einen individuellen schriftlichen Diätplan kommt diese EBM-Nr. somit

nicht infrage. Im Übrigen ist sie auch noch in der Versichertenpauschale enthalten, kann also daneben nicht gesondert berechnet werden.

Anders sieht es in der GOÄ aus! Hier gibt es den schriftlichen individuellen Diätplan nach Nr. 76. Er wird mit 4,08 Euro einfach bzw 9,38 Euro 2,3-fach durchaus adäquat vergütet. ■