

Patient will IGeL nicht bezahlen!

Liquidation nach GOÄ

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



Telefon:
0 93 1 / 2 99 85 94

Jeden Donnerstag,
13 bis 15 Uhr

E-Mail:
w@lbert.info

Dr. F. Z., Allgemeinarzt, Nordrhein: Wenn wir Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) abrechnen, kommt es immer wieder zu Widersprüchen vonseiten der Patienten: Liquidation zu hoch, Kasse zahlt nicht, kein Behandlungserfolg etc. Was raten Sie?

MMW-Experte Walbert: IGeL rechtssicher zu erbringen und abzurechnen hat eine Reihe von Voraussetzungen. Sie einzuhalten verhindert, dass Patienten nicht bezahlen.

Unabdingbar ist ein Behandlungsvertrag über die gewünschte Leistung und die dafür fällige Vergütung. Darauf darf der Hinweis nicht fehlen, dass die Behandlung „auf Verlangen“ des Patienten erfolgt. So wird einer Nachfrage der Krankenkasse vorgebeugt. Oft versuchen Patienten, die IGeL von der Kasse erstattet zu bekommen. Sollte die Leistung mit alternativen Behandlungsmethoden bei einem anderen Vertragsarzt zulasten der GKV möglich sein, muss der Patient darauf aufmerksam gemacht werden. Auch dies muss er bestätigen.

Die Liquidation ist nach den Grundsätzen der GOÄ zu erstellen. Es dürfen keine Pauschalen liquidiert werden. Sind runde Summen gewünscht, muss dies über den Steigerungsfaktor erreicht werden. Ein Überschreiten des 3,5-fachen Satzes ist dabei vorher zu vereinbaren. Da es in der Heilkunst keine Erfolgs-



Helmut Walbert
Allgemeinarzt,
Medizinjournalist
und Betriebswirt
Medizin

garantie gibt, darf ein entsprechender Hinweis bei IGeL nicht fehlen. Auch „Rabatte“ sind standeswidrig und der Klarheit halber auszuschließen. Werden diese Spielregeln in einem Behandlungsvertrag beachtet, sollte eine IGeL-Abrechnung rechtlich sicher und in einem ggf. notwendigen Mahnverfahren auch durchsetzbar sein.



Sie findet, dass sie über den Tisch gezogen wurde.

Darf die KV den Check-up bei Palliativpatienten streichen?

Dr. B. S., Allgemeinarzt, Nordrhein: In meiner letzten Abrechnung hat mir die KV die EBM-Nr. 01 732 für eine Früherkennungsuntersuchung bei einem Palliativpatienten gestrichen. Sie lieferte mir dafür die Begründung, dass die Erkennung von Krankheiten oder deren Vorstufen bei Palliativkranken nicht mehr sinnvoll sei. Im EBM gibt es aber keinen Ausschluss!

MMW-Experte Walbert: Die KV muss bei der Prüfung der Abrechnung das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V beachten. Als „palliativ“ bezeichnen wir die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung. Dabei stehen die Symptomkontrolle und das Befinden des Patienten im Vordergrund.

Eine Vorsorgeleistung zur Früherkennung von Krankheiten kann man in diesem Stadium wirklich nicht mehr als „zweckmäßig und wirtschaftlich“ bezeichnen. Der Wirtschaftlichkeitsparagraf aber besagt: Solche Leistungen „dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“. Die KV als Abrechnungsprüfstelle streicht hier also zu Recht.