

Beim Check-up geizt die Beihilfe gern

HOTLINE – 0 93 1 / 2 99 85 94



Helmut Walbert
Allgemeinarzt,
Medizinjournalist
und Betriebswirt
Medizin

Auch viele PKV-Verträge betroffen

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

Dr. P. W., Hausarzt-Internist, München: Immer wieder klagen Privatpatienten, dass Versicherung und Beihilfe den Leistungsumfang bei Früherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen nicht im vollen Umfang erstatten. Ist das statthaft?

MMW-Experte Walbert: Solcherlei Ärger ist v. a. dann programmiert, wenn in den leistungs begründenden Diagnosen „Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchung“ mehr oder weniger allein steht. Und das ist ja gar nicht selten, weil Patienten oft expressis verbis nur einen Check-up wünschen, z. B. weil sie eine vereinbarte Prämienrückerstattung nicht gefährden wollen.



Das EKG beim Check-up wird oft nicht bezahlt!

Des Weiteren ist der Erstattungsanspruch vielfach auf den gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen beschränkt. Das betrifft v. a. die Beihilfe, wo es heißt, dass „Paragrafen 25 und weitere des SGB V entsprechend“ gelten. Aber auch in PKV-Verträgen kann z. B. stehen, dass „ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen“ bezahlt werden.

Häufig übersehen wird auch die Vorschrift aus § 1 (2) der GOÄ, nach der nur medizinisch notwendige Leistungen berechnet werden dürfen! Darüber hinausgehende Leistungen dürfen nur berechnet werden, wenn sie „auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.“ Wenn also ein umfangreicheres Programm z. B. mit EKG, Lungenfunktion, Sonografie und zusätzlichen Laborparametern angeboten wird, muss dies mit dem Patienten wie eine Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) schriftlich vereinbart und in einer gesonderten Liquidation verrechnet werden.

Anders sieht es aus, wenn schon bei der Anamnese zum Check-up Symptome geklagt werden, die den Verdacht auf eine Erkrankung ergeben. In diesen Fällen müssen die zusätzlichen Leistungen mit entsprechenden Diagnosen begründet werden. Darüber sollte der Patient vorher informiert sein, damit Ausschlussdiagnosen wie Hypertonie nicht zum versicherungsrechtlichen Bumerang werden.



Telefon:
0 93 1 / 2 99 85 94

Jeden Donnerstag,
13 bis 15 Uhr

E-Mail:
w@lbert.info

Viele Praxen brauchen keinen Datenschutzbeauftragten mehr

Dr. K. H., Allgemeinarzt, Sachsen: Wir sind eine Gemeinschaftspraxis mit 16 Mitarbeitern. Leider verlässt uns unsere bisherige Datenschutzbeauftragte. Brauchen wir jetzt unbedingt den ab zehn Mitarbeitern offiziell vorgeschriebenen Datenschutzbeauftragten?

MMW-Experte Walbert: Nein. Sie haben Glück: Eine Gesetzesnovelle von November 2019 ist bereits in Kraft getreten. Für Praxen und MVZ wurde in § 38 Abs. 1 Satz 1 des Bundes-Datenschutz-Gesetzes (BDSG) das Wort „zehn“ durch die Zahl „20“ ersetzt. Das ist die neue Untergrenze!

Der Datenschutzbeauftragte ist allerdings nicht begeistert. Er befürchtet mehr Datenschutzverstöße und damit mehr Bußgelder. Es ist daher wohl sinnvoll, auch ohne gesetzlichen Zwang eine mit den notwendigen Vorschriften vertraute Mitarbeiterin zu haben.