

# Informationen zur Privatliquidation bei GKV-Versicherten mit IGeL-Liste

Stand: August 2017



---

**Hinweis:**

Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt/der Psychotherapeut“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin/die Psychotherapeutin“) gemeint.

Sehr geehrte Damen und Herren,

das für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bestimmende Sachleistungsprinzip stößt zunehmend an seine Grenzen. Während die Zahl der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ständig steigt, ist der Leistungsanspruch des gesetzlich Versicherten limitiert. Er kann nur eine ausreichende zweckmäßige und notwendige Behandlung beanspruchen. Diese Beschränkung ist dem systemimmanenten Wirtschaftlichkeitsgebot und letztlich der Finanzierbarkeit der GKV geschuldet.

Die sich daraus ergebende Diskrepanz ist anspruchsvollen Versicherten, die über das medizinisch Machbare informiert sind, schwer vermittelbar. Ein Ausweg aus diesem Dilemma ist, dass die über den Sachleistungsanspruch hinausgehenden Leistungen individualvertraglich vereinbart werden – in Form sogenannter individueller Gesundheitsleistungen (IGeL). Diese Leistungen decken ein breites Spektrum ab, angefangen von der medizinischen Beratung vor Fernreisen über Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bis hin zu kosmetischen Operationen, die vom Patienten explizit gewünscht werden. Über die Sinnhaftigkeit und den medizinischen Nutzen derartiger Angebote wird immer wieder öffentlich diskutiert, sodass bei vielen Patienten, aber auch bei niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, die individuelle Gesundheitsleistungen anbieten möchten, weiterhin ein erheblicher Aufklärungsbedarf besteht.

Internetangebote, wie zum Beispiel der „Igel-Monitor“ des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, können die insoweit erforderliche neutrale und transparente Information und Aufklärung alleine nicht leisten, da diese eine individuelle medizinische beziehungsweise therapeutische Einschätzung unter Berücksichtigung der konkreten Lebenssituation des Patienten nicht ersetzen können.

Wir niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sind die richtigen Ansprechpartner, wenn es um die Therapie unserer Patienten geht. Wenn sich ein Patient wegen einer Beratung zu individuellen Gesundheitsleistungen an uns wendet, kann er sich sicher sein, dass wir ihn umfassend über Nutzen und Risiken aufklären.

Das, was bei der individualvertraglichen Vereinbarung von Leistungen und der Privatliquidation rechtlich zu beachten ist, hat unsere Rechtsabteilung in dieser Broschüre zusammengefasst. Der Text wurde für diese 8. Auflage unter anderem im Hinblick auf die Neufassung des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) sowie unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich ergangenen Rechtsprechung aktualisiert. Die Mustervereinbarungen im Anhang sowie eine Checkliste zum Angebot individueller Gesundheitsleistungen sollen Ihnen eine rechtssichere Handhabung erleichtern.

Wir hoffen, Ihnen mit der so aktualisierten Fassung hilfreiche Informationen zur Privatliquidation bei GKV-Versicherten zu geben.

Ihre



Dr. med. Krombolz  
Vorsitzender des Vorstands



Dr. med. Schmelz  
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands



Dr. med. Ritter-Rupp  
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

1. Welchen Leistungsanspruch haben GKV-Versicherte?	6
2. Welche Leistungspflichten haben Vertragsärzte und Psychotherapeuten?	6
2.1 Inhalt und Umfang des Sicherstellungsauftrags.....	6
2.2 Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) .....	7
3. Ist eine Zuzahlung verboten?	7
4. Kann man statt Sachleistung auch Kostenerstattung vereinbaren?	7
4.1 Privatrechnung für GKV-Versicherte .....	7
4.2 Erklärung des Patienten zur Wahl der Kostenerstattung .....	8
4.3 Auswirkungen der Kostenerstattung .....	9
4.4 Kostenerstattung bei selbst beschafften Leistungen des Versicherten .....	10
4.5 Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leis.. tungen bei Fristversäumnis der Krankenkasse.....	11
4.6 Kostenerstattung und Budget beziehungsweise Verwendung besonderer („besserer“) Gerätschaften .....	11
4.7 Kostenerstattung bei Wahlтарifen nach § 53 Abs. 4 SGB V.....	12
5. In welchen Fällen ist eine Privatliquidation zulässig?	12
5.1 Wunschbehandlung.....	12
5.2 Keine elektronische Gesundheitskarte.....	13
5.3 Kein Bestandteil der GKV-Versorgung.....	13
6. Welche Bedingungen müssen bei einer Privatliquidation erfüllt sein?	14
6.1 Information über Leistungsumfang .....	14
6.2 IGeL und Selektivvertrag.....	14
6.3 Initiative des Patienten .....	14
6.4 Aufklärung über Konsequenzen .....	15
6.5 Erklärung des Patienten über die Wahlentscheidung .....	15
6.6 Privatliquidation .....	15
6.7 Persönliche Leistungserbringung.....	15
6.8 Probleme ineinander übergehender vertragsärztlicher und privatärztlicher Behandlung .....	16
6.9 Konkurrenzverhältnis zwischen Behandlung von GKV- und Privatpatienten .....	16

7. Umsatzsteuerpflicht?	16
8. Ansprechpartner	16
9. Checkliste/Kontrollfragen	17
10. Auswahl Individueller Gesundheitsleistungen	18
<b>Anhang</b>	
Anhang 1: Hinweise für das Erbringen Individueller Gesundheitsleistungen .....	26
Anhang 2: Erklärung für GKV-Versicherte, die bei ihrer Krankenkasse Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V gewählt haben .....	28
Anhang 3: Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gemäß § 18 Abs. 8 BMV-Ä.....	29
Anhang 4: Weiterführende Informationen und Adressen .....	30
Anhang 5: Abkürzungsverzeichnis .....	31

# 1. Welchen Leistungsanspruch haben GKV-Versicherte?

Der Leistungsanspruch für Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird durch den Gesetzgeber im dritten Kapitel des Sozialgesetzbuchs V (SGB V), im Rahmen des sogenannten Leistungsrechts abschließend geregelt (§§ 11 ff. SGB V).

Versicherte haben demnach einen Anspruch auf Leistungen zur Behandlung einer Krankheit, wenn diese notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Die Krankenbehandlung umfasst neben der ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung insbesondere auch die Versorgung des Patienten mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§ 27 Abs. 1 SGB V).

Dabei gilt das sogenannte **Sachleistungsprinzip**: Die erforderlichen Leistungen werden den Versicherten in der Regel als Sach- oder Dienstleistungen zur Verfügung gestellt (§ 2 Abs. 2 SGB V).

Auf unwirtschaftliche Leistungen hat der Versicherte keinen Rechtsanspruch. Weder darf der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt oder Psychotherapeut diese als Sachleistung der GKV erbringen und verordnen, noch darf die gesetzliche Krankenkasse diese Leistungen bewilligen beziehungsweise bezahlen (**sogenanntes Wirtschaftlichkeitsgebot**, § 12 SGB V).

## 2. Welche Leistungspflichten haben Vertragsärzte und Psychotherapeuten?

### 2.1 Inhalt und Umfang des Sicherstellungsauftrags

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sind Adressaten des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags (§ 75 Abs. 1 SGB V) und haben die vertragsärztliche oder psychotherapeutische Versorgung in dem gesetzlich und vertraglich definierten Umfang sicherzustellen.

Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen **wirken** zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten **kollektiv zusammen** (§ 72 Abs. 1 SGB V).

Das Bundessozialgericht (BSG) leitet aus dem Sicherstellungsauftrag in ständiger Rechtsprechung (zuletzt Urteil vom 17. Februar 2016 – B 6 KA 3/15 R –, SozR 4, Rn. 27) aber auch **individuelle Pflichten des einzelnen Vertragsarztes (beziehungsweise Psychotherapeuten)** ab:

Nach den Grundsatzentscheidungen des BSG aus dem Jahr 2001 (Az: B 6 KA 54/00 R; B 6 KA 36/00 R; B 6 KA 67/00 R, zuletzt: BSG, Urteil vom 17. Februar 2016 – B 6 KA 3/15 R, Rn. 27) hat ein Arzt, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, nicht nur Rechte. Er ist auch dazu **verpflichtet**, zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags **GKV-Patienten die wesentlichen Leistungen anzubieten, die typischerweise zu seinem Fachgebiet gehören**.

Diese Behandlungspflicht greift dann, wenn die jeweilige Leistung durch eine Gebührenposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschrieben wird und der Vertragsarzt alle für die Erbringung vorgeschriebenen Voraussetzungen hinsichtlich Qualifikation und gegebenenfalls apparativer Ausstattung erfüllt. Die Auswahl eines besonderen Behandlungsverfahrens oder der Einsatz besonderer Gerätschaften berechtigt aus Sicht des BSG nicht zu einer Privatliquidation, wenn in der Leistungsbeschreibung des EBM das Leistungsziel vorgegeben ist.

Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 21. März 2001, Az.: B 6 KA 67/00 R, zuletzt: BSG, Urteil vom 17. Februar 2016 – B 6 KA 3/15 R, Rn. 27) ist der Vertragsarzt (beziehungsweise -psychotherapeut) nicht befugt, sein Leistungsspektrum beliebig und einseitig gegenüber den GKV-Versicherten einzuengen. Alle – der vertragsärztlichen (/–psychotherapeutischen) Versorgung zuzurechnenden und im Rahmen seiner Praxis erbringbaren – ärztlichen (beziehungsweise psychotherapeutischen) Leistungen seines Fachgebiets hat der Vertragsarzt (/–psychotherapeut) ohne Unterschied bei GKV-Versicherten und Privatpatienten zu erbringen, wenn dafür medizinischer Bedarf besteht (**Differenzierungsverbot**).

Die Behandlung eines Versicherten darf der Vertragsarzt/–psychotherapeut nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur aus zwei Gründen verweigern:

- fehlendes Vertrauen zwischen Arzt/Psychotherapeut und Patient
- Überlastung durch eine Vielzahl von Patienten.

Zur Begründung der Behandlungspflicht bezieht sich das BSG auf die Bestimmungen des Sachleistungsprinzips und der Bedarfsplanung, zu deren Verwirklichung es einer umfassenden Behandlungspflicht durch Vertragsärzte (/–psychotherapeuten) bedürfe.

## 2.2 Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

Vermeiden Sie insbesondere bei den Leistungen aus dem arztgruppenspezifischen Kapitel des EBM – wenn diese im Rahmen einer kurativ notwendigen Behandlung erbracht werden – ein gesplittetes Leistungsangebot zwischen GKV und PKV.

Bieten Sie diese GKV-Leistungen jedenfalls als vertragsärztliche/–psychotherapeutische Leistungen an (und nicht ausschließlich in Ihrer Privatpraxis). Insbesondere dürfen der Intention der genannten BSG-Entscheidungen entsprechend einzelne Leistungen aus diesem Kapitel „nicht in den privatärztlichen Bereich verlagert“ werden. Dies gilt entsprechend für Leistungen, für deren Abrechnung Sie von der KVB eine besondere Genehmigung erhalten haben.

Fehlt Ihnen die Genehmigung zur Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher/–psychotherapeutischer Leistungen, weil Sie die Voraussetzungen nicht erfüllen oder weil sie eine solche nicht beantragt haben, ist der Abschluss eines privatärztlichen/–psychotherapeutischen Behandlungsvertrags, sofern Sie die Leistung nach Berufsrecht erbringen dürfen, nur mit der Maßgabe zulässig, dass Sie den Versicherten über das Fehlen der Genehmigung aufklären und darauf hinweisen, dass eine Leistungspflicht der GKV besteht und die Leistung bei einem anderen Vertragsarzt oder Psychotherapeuten als GKV-Leistung (ohne Mehrkosten) erbracht werden kann.

Dasselbe gilt, wenn Sie bestimmte ärztliche Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbringen dürfen, weil diese zum Beispiel durch Ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung ausgeschlossen, aber berufsrechtlich Ihrem Fachgebiet zuzuordnen sind.

## 3. Ist eine Zuzahlung verboten?

Der Vertragsarzt oder –psychotherapeut darf für vertragsärztliche oder –psychotherapeutische Leistungen von Versicherten grundsätzlich keine Zuzahlung fordern. Der Leistungserbringer verstößt gegen das Sachleistungsprinzip und damit gegen ein zentrales Prinzip der GKV und handelt der von ihm mit seiner Zulassung gemäß § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V übernommenen Verpflichtung zuwider, wenn er Behandlungsmaßnahmen von (zusätzlichen) Zahlungen der einzelnen Versicherten abhängig macht (Urteil des BSG vom 14. März 2001; Az.: B 6 KA 67/00 R). Eine Ausnahme gilt nur für die Zuzahlung bei Massagen, Bädern und Krankengymnastik, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung erbracht werden (§ 18 Abs. 10 BMV-Ä).

## 4. Kann man statt Sachleistung auch Kostenerstattung vereinbaren?

### 4.1 Privatrechnung für GKV-Versicherte

Eine Ausnahme vom Sachleistungsprinzip ist die Behandlung von GKV-Versicherten, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V **gewählt** haben. Entscheidet sich der Versicherte für die Kostenerstattung, erhält er vom behandelnden Arzt/Psychotherapeuten eine Privatrechnung auf Basis der GOÄ. Diese kann der Patient zur (Teil-)Kostenerstattung bei seiner Krankenkasse einreichen.

Auch der Patient, der sich für eine Kostenerstattung entscheidet, ist nach wie vor **Versicherter der GKV**. Er ist daher kein echter Privatpatient, sondern hat nur einen anderen Abrechnungsweg für die in Anspruch genommene Leistung gewählt. Im Rahmen der Kostenerstattung dürfen dann nur die Leistungen erbracht und abgerechnet werden, die zum Leistungsumfang der GKV gehören. Das heißt, die Wahl der Kostenerstattung bedeutet keineswegs die Zustimmung des Patienten zu einer Privatbehandlung über den GKV-Leistungsumfang hinaus. Auch hierfür bedarf es eines gesonderten privatärztlichen Behandlungsvertrags.

Der Kostenerstattungs-Patient ist wie jeder andere GKV-Versicherte auch grundsätzlich auf die Inanspruchnahme eines zugelassenen Vertragsarztes oder –psychotherapeuten oder ermächtigten Arztes im Rahmen seines Ermächtigungskatalogs beschränkt.

Nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse können im Einzelfall auch nicht zugelassene Leistungserbringer von den Versicherten in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung kann von der Krankenkasse dann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme solcher Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Leistungserbringung gewährleistet ist (§ 13 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V).

Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte (§ 13 Abs. 2 S. 8 SGB V).

Die Satzung der Krankenkassen hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vorsehen (§ 13 Abs. 2 Satz 9 und 10 SGB V).

Kostenerstattungsmöglichkeiten nach § 13 SGB V				
§ 13 Abs. 2 Sätze 1 - 3 SGB V regelmäßiges Wahlrecht des Versicherten	§ 13 Abs. 2 Sätze 5 - 7 SGB V Inanspruchnahme von Nicht-Vertragsärzten	§ 13 Abs. 4 u. 5 SGB V Leistungserbringung im Ausland	§ 13 Abs. 3 SGB V „Systemversagen“	§ 13 Abs. 3a SGB V „Nicht fristgerechte Entscheidung der Krankenkassen“
<b>Voraussetzung:</b>	<b>Voraussetzung:</b>	<b>Voraussetzung:</b>	<b>Voraussetzung:</b>	<b>Voraussetzung:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Information der Krankenkasse durch Versicherten</li> <li>■ Zustimmung der Krankenkasse nicht erforderlich</li> <li>■ Informationspflicht Leistungserbringer über Kostentragungsregelung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Zustimmung der Krankenkasse erforderlich</li> <li>■ Inanspruchnahme von kollektiv ausgeschiedenen Ärzten <b>nicht</b> möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anwendbarkeit EWG VO 1408/71</li> <li>■ Krankenhausleistungen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse</li> <li>■ weitergehende Information durch die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland (DVKA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ unaufschiebbare Leistung konnte nicht rechtzeitig erbracht werden oder</li> <li>■ die Leistung zu Unrecht von der Krankenkasse abgelehnt wurde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Krankenkasse entscheidet über Leistungsantrag nicht fristgemäß (innerhalb von drei beziehungsweise fünf Wochen bei erforderlichem Gutachten)</li> <li>■ Fehlende schriftliche Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Verzögerung seitens der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten</li> </ul>

## 4.2 Erklärung des Patienten zur Wahl der Kostenerstattung

Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass der GKV-Versicherte – nachdem er vor Inanspruchnahme der Leistung seine Krankenkasse in Kenntnis gesetzt hat – gegenüber dem Vertragsarzt oder -psychotherapeuten **vor Beginn der Behandlung** eine entsprechende Erklärung abgibt. An die Wahlentscheidung ist der Versicherte je nach Satzung seiner Krankenkasse gegebenenfalls für einen bestimmten Zeitraum gebunden, mindestens jedoch für ein Kalendervierteljahr (§ 13 Abs. 2 Satz 12 SGB V).

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist zur Erleichterung der Wahl der Kostenerstattung dem GKV-Versicherten die Möglichkeit eingeräumt worden, die Wahl der Kostenerstattung auf den Bereich der ambulanten ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung, der stationären Versorgung oder auf veranlasste Leistungen (Arzneimittel, Hilfsmittel usw.) zu beschränken. Wei-

terhin ausgeschlossen ist jedoch, die Entscheidung zur Kostenerstattung nur für einzelne bestimmte Leistungen innerhalb der ambulanten Versorgung zu treffen. Für den nicht zur Kostenerstattung gewählten Bereich bleibt es beim Sachleistungsprinzip (§ 13 Abs. 2 Satz 4 SGB V).

Im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln ist mit der Ergänzung des § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) mit Wirkung zum 1. Januar 2011 für den GKV-Versicherten die Möglichkeit geschaffen worden, in den Fällen, in denen der Arzt nur eine Wirkstoffverordnung ausgestellt oder die Aut-idem-Abgabe nicht ausgeschlossen hat, ein anderes Arzneimittel gegen Kostenerstattung zu erhalten, als dasjenige, für das die zuständige Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat (§ 130a Abs. 8 SGB V). Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen ist und die gleiche oder eine austausch-

bare Darreichungsform besitzt. Nur in diesen Fällen müssen die Versicherten ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung nicht von der Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis setzen und sind nicht für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung gebunden (§ 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V).

**Die Wahl der Kostenerstattung liegt allein und ausschließlich im Ermessen des Patienten. Wie bei der Vereinbarung einer Privatbehandlung gilt daher auch hier, dass dem Patienten die Kostenerstattung nicht aufgedrängt werden darf.**

Dem Vertragsarzt oder -psychotherapeut steht eine Wahlmöglichkeit – Behandlung auf Chipkarte oder über Kostenerstattung – nicht zu. Er ist an die Entscheidung seines Patienten gebunden. Zur Vermeidung späterer Unstimmigkeiten oder Streitigkeiten sollte jeder Patient, der sich für die Kostenerstattung entschieden hat, vor Behandlungsbeginn eine **Erklärung** unterschreiben. Aus dieser muss hervorgehen, dass er – vor Beginn der Behandlung – vom behandelnden Vertragsarzt oder -psychotherapeut in Textform unter Angabe der voraussichtlichen Kosten informiert wurde, dass diese Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von ihm selbst zu tragen sind (Kostenrisiko zulasten des Patienten). Hierzu muss man wissen: die Textform bedarf – in Abgrenzung zur Schriftform (mit nachfolgender eigenhändiger Unterschrift) – keiner Unterschrift. Darüber hinaus sollte die Erklärung enthalten, dass der Patient seine Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung über seine Wahl der Kostenerstattung (gewählter Leistungsbereich) in Kenntnis gesetzt hat und er darüber informiert ist, dass eine Beschränkung auf einzelne Leistungen nicht möglich ist. Ein Muster für eine derartige Erklärung für GKV-Versicherte, die bei ihrer Krankenkasse Kostenerstattung gewählt haben, ist am Ende der Broschüre (Anhang 2) zu finden.

**Bitte beachten Sie: Mit seiner Entscheidung für eine Kostenerstattung stimmt der Patient nicht automatisch auch einer Privatbehandlung zu, die über den oben genannten Umfang hinausgeht. Eine solche bedürfte einer eigenen (zusätzlichen) Vereinbarung mit dem Patienten über die privatärztliche/-psychotherapeutische Behandlung (siehe Punkt 6).**

### 4.3 Auswirkungen der Kostenerstattung

Sofern der GKV-Versicherte von seinem Wahlrecht Gebrauch macht, erfolgt die Behandlung abrechnungstechnisch als Privatbehandlung nach der GOÄ.

Die Erstattungsleistungen der Kassen dürfen nicht höher ausfallen als die Kosten, die bei Sachleistung – also bei Abrechnung auf dem üblichen Weg über die KV – anfallen würden. Deshalb wird der Patient, der eine Kostenerstattung gewählt hat, in aller Regel einen – unter Umständen erheblichen – Teil der Rechnung selbst tragen müssen. Auch können die Krankenkassen einen Abzug vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vornehmen (§ 13 Abs. 2 Satz 10 SGB V). Der Selbstbehalt des Patienten kann jedoch auch bedeutend höher ausfallen – je nachdem, welcher Steigerungssatz der GOÄ der Rechnung zugrunde gelegt wird.

**Die Leistungen der Krankenkassen für Kostenerstattungen gemäß § 13 Abs. 2 (ohne Satz 5) SGB V werden von den an die KV zu zahlenden Gesamtvergütungen abgezogen.** Sie schmälern damit das Honorarvolumen, das zur Verteilung an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Mitglieder der KV zur Verfügung steht (§ 87a Abs. 3a S. 5 SGB V).

Für jeden Patienten, der sich für Kostenerstattung entschieden hat, ist eine gesonderte Privatrechnung auszustellen.

**Cave: Das Inkassorisiko liegt beim Vertragsarzt oder -psychotherapeuten.**

Die Behandlung von GKV-Versicherten im Sachleistungssystem ist identisch mit der im Kostenerstattungssystem. Der Unterschied besteht in der Form der Abrechnung:

- Beim Sachleistungsprinzip erfolgt die Abrechnung zwischen Vertragsarzt oder -psychotherapeut und KV nach EBM.
- Bei der Kostenerstattung rechnet der Vertragsarzt oder -psychotherapeut direkt mit dem GKV-Versicherten nach GOÄ ab. Dieser kann den Rechnungsbetrag teilweise von seiner Krankenkasse und gegebenenfalls teilweise von einer eventuell abgeschlossenen Zusatzversicherung erstattet bekommen. Die KV ist im Kostenerstattungssystem nicht beteiligt. Die gesetzliche Krankenkasse kürzt die Gesamtvergütung entsprechend (Anrechnung).

#### 4.4 Kostenerstattung bei selbst beschafften Leistungen des Versicherten

Nach § 13 Abs. 3 SGB V sind dem GKV-Versicherten Kosten für selbst beschaffte Leistungen von seiner Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn nach vorheriger Rücksprache mit der Krankenkasse

- eine **unaufschiebbare** Leistung nicht rechtzeitig durch die Krankenkasse erbracht werden konnte
- oder
- die Leistung **zu Unrecht** von der Krankenkasse **abgelehnt** wurde und dadurch dem Versicherten Kosten entstanden sind.

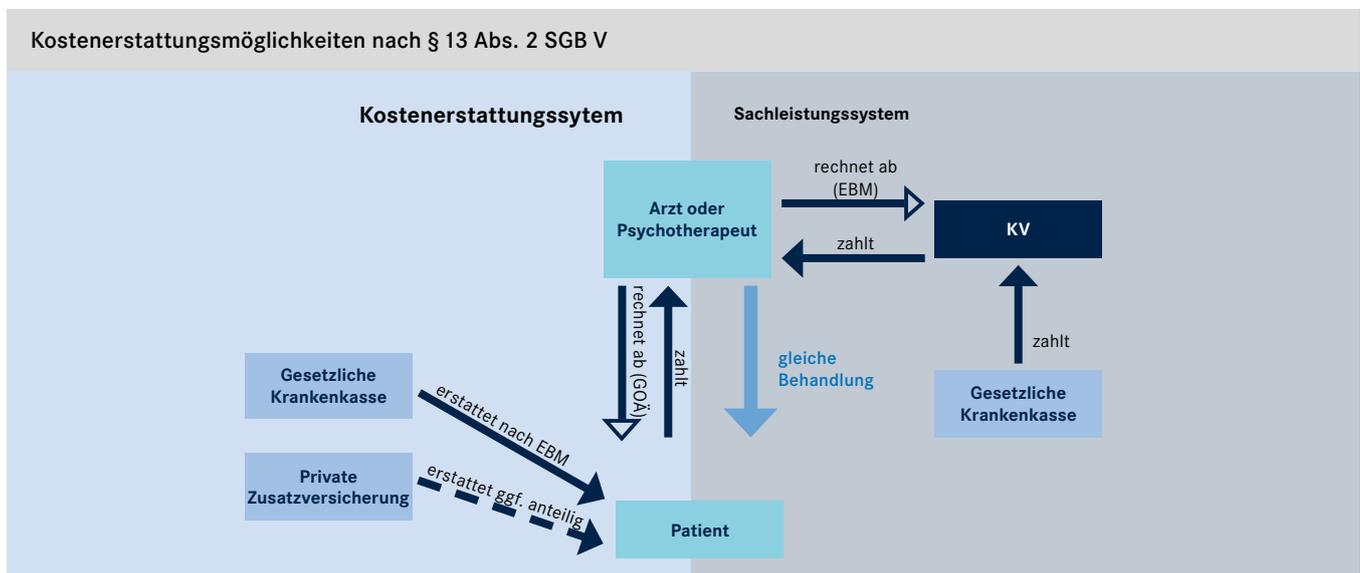
Die restriktive Ausgestaltung dieser Regelung beschränkt die Anwendbarkeit auf Einzelfälle. Diese Regelung ist nachrangig zum § 13 Abs. 2 SGB V und ergänzt diesen. Sowohl die notfallähnliche Situation der unaufschiebbaren Leistung als auch eine unrechtmäßige Ablehnung ist auf den jeweiligen Einzelfall bezogen.

Beiden Alternativen ist gemeinsam, dass den GKV-Versicherten die zustehende Sach-/Naturalleistung nicht gewährt wurde, weil das Sachleistungssystem insofern versagt hat als die Krankenkasse keine Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen konnte („Systemversagen“, zum Beispiel durch bestehende Versorgungslücken). Diese Situation allein berechtigt den GKV-Versicherten, sich die notwendigen Leistungen selbst zu beschaffen und die entstandenen Kosten bei seiner Krankenkasse für den konkre-

ten Einzelfall geltend zu machen. Mit dem Begriff „selbst beschaffte Leistung“ meint das Gesetz das Verlassen des primären Sachleistungsweges durch privatrechtliche Inanspruchnahme eines – häufig nicht zugelassenen – Leistungserbringers. Allerdings bleibt es auch bei den selbst beschafften Leistungen bei dem ausschließlichen Anspruch des GKV-Versicherten auf Leistungen innerhalb des Leistungskatalogs der GKV. So hat das BSG in seiner Entscheidung vom 28. Februar 2008 (Az.: B 1 KR 19/07 R) ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V nicht weiter reicht als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch und dieser Anspruch damit voraussetzt, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben.

#### Bitte beachten Sie:

Ein Notfall im Sinn von § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V vermag grundsätzlich keinen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 S. 1 Fall 1 SGB V zu begründen, sondern schließt ihn aus. Ist die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung – sei es durch dessen Aufsuchen oder Herbeirufen – fehlt, also ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss, liegt ein Notfall vor. In diesem Fall dürfen auch andere, nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Diese erbringen ihre Leistung als Naturalleistung und können ihre Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der Kassenärztlichen Vereinigung verlangen (vergleiche BSG, Urteil vom 8. 9. 2015 – B 1 KR 14/14 R, Rn. 14).



## 4.5 Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen bei Fristversäumnis der Krankenkasse

Einen Sonderfall der Kostenerstattung wegen „Systemversagens“ bildet die durch das Patientenrechtegesetz am 26. Februar 2013 eingefügte Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V, welche das Ziel verfolgt, die Antragsverfahren bei den gesetzlichen Krankenkassen zu beschleunigen. Die Regelung verpflichtet die Krankenkassen, Anträge ihrer Versicherten auf Leistungen zügig zu entscheiden, das heißt spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragszugang oder fünf Wochen nach Antragszugang, wenn eine gutachtliche Stellungnahme erforderlich ist. Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, so hat sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe für die verzögerte Entscheidung rechtzeitig (innerhalb der Frist) schriftlich mitzuteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, **gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt**, § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V. **Beschaffen sich die Versicherten nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet**, § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V.

Von Beginn an waren die Voraussetzungen und die Rechtsfolgen dieser Regelung umstritten. Nunmehr hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 8. März 2016 (Az. B 1 KR 25/15 R) eine erste Grundsatzentscheidung zur Erstattung der Kosten einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie getroffen.

Notwendig ist demnach ein hinreichend bestimmter Antrag, der nach Auffassung des BSG eine (Sach-) Leistung betreffen muss, die

- der Antragsteller für erforderlich halten durfte und
- nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt.

Die jeweilige gesetzliche Frist (drei beziehungsweise fünf Wochen) muss überschritten sein. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine sogenannte „Entscheidungsfrist“ handelt, das heißt die Krankenkasse muss (nur) rechtzeitig innerhalb der jeweiligen Frist entscheiden, der entsprechende Bescheid kann dem Versicherten aber auch nach Fristablauf zugehen. Weitere Voraussetzung ist, dass seitens der Krankenkasse während des Fristlaufs keine schriftliche Mitteilung eines hinreichenden

Grundes für die verzögerte Entscheidung an den Antragsteller erfolgt. Da im konkreten Fall die Krankenkasse dem Kläger keinerlei nachvollziehbare Gründe für die verzögerte Entscheidung mitteilte, musste sich das BSG zu der Frage, welche Gründe als hinreichend im Sinne des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V anzusehen sind, (noch) nicht äußern. Die wohl herrschende Meinung differenziert insoweit nach Verantwortungs- und Machtbereichen. Umstände die dem Einflussbereich der Krankenkassen unterfallen (zum Beispiel Organisationsmängel, Arbeitsüberlastung) werden regelmäßig als nicht hinreichend angesehen, anders hingegen, wenn der Versicherte oder Dritte nicht oder nicht rechtzeitig bei einer Untersuchung mitgewirkt oder angeforderte Unterlagen nicht vorgelegt wurden.

Das BSG erachtete im Ergebnis den Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V für eröffnet und gestand dem Kläger einen Anspruch auf Erstattung der von ihm aufgewandten Kosten für die Selbstbeschaffung der beantragten Leistungen zu.

## 4.6 Kostenerstattung und Budget beziehungsweise Verwendung besonderer („besserer“) Gerätschaften

Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut darf dem GKV-Patienten eine **GKV-Kernleistung** seines Fachgebiets nicht vorenthalten, um sie zum Beispiel aus Gründen der Kostenunterdeckung nur als Privatbehandlung anzubieten oder sie von einer Zuzahlung abhängig zu machen. Die Begründung mit einem bestehenden Budget oder besonderen gerätetechnischen Ausstattungen verbietet sich in diesem Zusammenhang. Nach dem BSG kann es keinem Zweifel unterliegen, dass finanzielle Aspekte wie die behauptete unzureichende Honorierung einer Einzelleistung einen Vertragsarzt nicht berechtigen, den Versicherten gesetzlich vorgesehene Leistungen nur außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung zukommen zu lassen oder gänzlich zu verweigern (BSG, Urteil vom 14. März 2001, Az.: B 6 KA 54/00 R. Auch ist es zum Beispiel nicht zulässig, einem GKV-Patienten die Behandlung mit einem „einfacheren“ Instrument anzubieten und alternativ als Privatleistung oder mit Zuzahlung die Verwendung eines „besseren“ Instruments. In derartigen Fällen erscheint es schon fraglich, ob die Verwendung eines „einfacheren“ Instrumentariums, zumal wenn ein „besseres“ vorhanden ist, noch dem aktuellen Stand der medizinischen Anforderung gerecht wird.

## 4.7 Kostenerstattung bei Wahltarifen nach § 53 Abs. 4 SGB V

Im Bereich der Wahltarife des § 53 Abs. 4 SGB V wählen die GKV-Versicherten als Mitglieder ihrer Krankenkasse Kostenerstattung, indem sie bei ihrer Krankenkasse einen speziellen Tarif abschließen. Seit dem 1. April 2007 kann eine Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Die Höhe der Kostenerstattung kann dabei variabel gestaltet werden. Beispielsweise wäre es möglich, dem GKV-Versicherten den 2,3-fachen Satz nach GOÄ zu erstatten. Für die Mehrkosten, die dies gegenüber den Kosten im Sachleistungsprinzip bedeutet, muss die Krankenkasse eine entsprechend kalkulierte Prämienzahlung des Versicherten einfordern. Auch für diesen Bereich gilt, dass die Kostenerstattung anstelle der Sach- oder Dienstleistung tritt. Das heißt, dass Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören, und Behandlungen durch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte nicht in den Wahltarif eingeschlossen sein können (§ 53 Abs. 4 Satz 3 i. V. m. § 13 Abs. 1 und 2 – mit Ausnahme Abs. 2 Satz 2 und 3 – SGB V). Der GKV-Versicherte, der sich für einen Kostenerstattungswahltarif seiner Krankenkasse entscheidet, ist ein Jahr gebunden (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V). Im Gegensatz zu den bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V vorgesehenen besonderen Informations- und Beratungspflichten des Vertragsarztes oder -psychotherapeuten gelten diese bei den Kostenerstattungswahltarifen nach § 53 Abs. 4 SGB V nicht.

## 5. In welchen Fällen ist eine Privatliquidation zulässig?

### 5.1 Wunschbehandlung

In der vertragsärztlichen Versorgung darf eine Vergütung von einem Versicherten nur gefordert werden, wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies dem Vertragsarzt/-psychotherapeut schriftlich bestätigt. Vertragsärzte/-psychotherapeuten, die Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistungen der Gesetzlichen Kranken-

versicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Pflichten (§ 128 Abs. 5 SGB V, § 18 Abs. 8 Sätze 2 und 3 Nr. 2. Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Eine Wunschbehandlung liegt in folgenden Konstellationen vor:

- Der GKV-Versicherte kommt als Privatpatient in die Praxis. Er möchte also, obwohl er eigentlich einen Leistungsanspruch in der GKV hätte, in vollem Umfang als Privatpatient behandelt werden und bringt dies auch dem Arzt/Psychotherapeuten gegenüber zum Ausdruck (§ 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä).
- Der GKV-Versicherte wünscht Leistungen, die zwar im Leistungskatalog der GKV enthalten sind und vom Arzt/Psychotherapeuten auch in diesem Rahmen erbracht werden könnten, jedoch für den konkreten Behandlungsfall nicht zweckmäßig oder erforderlich im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots sind („Wunschbehandlung“).
- Der GKV-Versicherte wünscht Leistungen, die Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs und im konkreten Fall auch aus ärztlicher/psychotherapeutischer Sicht erforderlich sind. Er möchte dennoch diese Leistungen auf privatärztlicher/-psychotherapeutischer Basis erhalten, im Übrigen jedoch weiterhin als GKV-Patient behandelt werden (Leistungsplitting). Dazu zählt der Fall einer ärztlichen Behandlung auf privatärztlicher Basis und daneben Versorgung mit Arzneimitteln als Sachleistung oder auch umgekehrt.
- Gleiches gilt für den Fall, dass der GKV-Versicherte die Aufteilung der ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlung in einen privatärztlichen/-psychotherapeutischen und einen vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Leistungsteil wünscht. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die privatärztlich/-psychotherapeutisch gewünschte Leistung eine selbstständige Leistung ist und als solche auch selbständig geltend gemacht werden kann.

Ein Beispiel hierfür ist, dass sich der Patient zulasten der GKV einer Linse ersetzenden Operation unterzieht und sich dabei eine nicht im GKV-Leistungskatalog enthaltene (da über das Maß des Notwendigen gemäß § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V hinausgehende) aufwendigere Linse implantieren lässt. Hierzu findet sich seit dem GKV-VStG eine ausdrückliche Regelung. Danach haben die Krankenkassen seit dem 1. Januar 2012 gemäß § 33 Abs. 9 SGB V für die Behandlung eines Versicherten mit Intraokularlinsen in jedem Fall, das heißt auch wenn der Versicherte eine „Sonderlinse“ gewählt hat, die Kosten als Sachleistung für die medizinisch notwendigen Intraokularlinsen und die notwendigen ärztlichen Leistungen

zu tragen (der Versicherte gegebenenfalls die Mehrkosten für die Linse).

## 5.2 Keine elektronische Gesundheitskarte

In der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung darf eine Vergütung von einem GKV-Versicherten ansonsten nur gefordert werden, wenn

- a) die elektronische Gesundheitskarte nicht vorgelegt worden ist beziehungsweise ein gültiger Anspruchsnachweis nicht vorliegt und
- b) ein solcher nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorgelegt wird.

Eine vom GKV-Versicherten entrichtete Vergütung ist zurückzahlen, wenn dem Vertragsarzt/-psychotherapeut bis zum Ende des Kalendervierteljahres eine gültige elektronische Gesundheitskarte beziehungsweise ein anderer gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt wird (§ 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 1. i. V. m. Abs. 9 BMV-Ä).

## 5.3 Kein Bestandteil der GKV-Versorgung

In der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung darf eine Vergütung von einem Versicherten auch dann gefordert werden, wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung sind (sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen, IGeL-Leistungen), vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde (§ 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 3. BMV-Ä). Dabei hat der behandelnde Arzt/Psychotherapeut den Patienten vor Behandlungsbeginn über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform zu informieren (§ 630c Abs. 3 BGB). Dies schließt vom behandelnden Arzt/Psychotherapeuten nicht selbst erbrachte Leistungen (beispielsweise durch Dritte bezogene Laborleistungen) ein.

Einen ersten Vorstoß in Richtung dieser leistungsrechtlichen Klarstellung hat die KBV bereits Ende der 90er Jahre im Einklang mit ärztlichen Berufsverbänden unternommen, indem sie IGeL-Leistungen definiert und in einem Empfehlungskatalog ohne abschließenden Charakter zusammengefasst hat. Damit wurde auch eine Basis für jeden Patienten geschaffen, eine gezielte

Wahlentscheidung zur Realisierung persönlicher Gesundheitsbedürfnisse zu treffen.

**Individuelle Gesundheitsleistungen sind ärztliche/psychotherapeutische Leistungen, die**

- nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören,
- dennoch vom Patienten nachgefragt werden und
- ärztlich/psychotherapeutisch empfehlenswert oder – je nach Intensität des Patientenwunsches – zumindest ärztlich/psychotherapeutisch vertretbar sind.

Die als IGeL-Leistungen ausgewiesenen Leistungen und Methoden überschneiden sich auch nicht mit jenen Leistungen und Methoden, die in der *Anlage II der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)* nicht als vertragsärztliche Leistungen anerkannt sind. Die in den Ausschlusslisten aufgeführten Methoden sind sehr umstrittene medizinische Behandlungsmethoden, die wegen ihrer bezweiferten Wirksamkeit als unwirtschaftlich (und auch als IGeL-Leistungen unzweckmäßig) angesehen werden.

IGeL-Leistungen unterliegen nicht der Überwachung durch die KV. KV und Ärzte- beziehungsweise Psychotherapeutenkammer prüfen allerdings die Einhaltung der vertragsärztlichen und berufsrechtlichen Pflichten bei Beschwerden, zum Beispiel vonseiten der Patienten oder der Kostenträger, wenn es um die Beachtung von Aufklärungspflichten und der Fachgebietsgrenzen geht.

**Ein wichtiger Hinweis: Bevor Sie IGeL-Leistungen erbringen, sollten Sie prüfen, ob nicht doch eine medizinische Indikation oder eine notwendige Leistung vorliegt, die in den Leistungskatalog der GKV gehört und damit nach EBM abzurechnen ist.**

Dabei ist zu beachten, dass der Versicherte in den Fällen, in denen der G-BA neue Leistungen in einer Richtlinie beschließt, nunmehr nur dann einen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 13 Abs. 3 SGB V wegen Systemversagens geltend machen kann, wenn der Bewertungsausschuss nicht innerhalb von sechs Monaten hierfür eine Gebührenordnungsposition (GOP) im EBM geschaffen beziehungsweise eine bestehende GOP angepasst hat (§ 87 Abs. 5b SGB V, eingefügt durch GKV-VSG).

Um das Bewusstsein der Patienten für die Grenzen der Kassenmedizin zu wecken, spielen sowohl die Transparenz der Leistungen als auch eine entsprechende Aufklärung durch den Vertragsarzt oder Psychotherapeuten sowie dessen Personal eine wichtige Rolle.

Bei der Erbringung und Abrechnung von IGeL-Leistungen sind die unter dem Punkt 6 in dieser Broschüre dargestellten Bedingungen, die bei einer Privatliquidation erfüllt sein müssen, in besonderer Weise zu beachten.

IGeL-Leistungen sind dem Patienten in jedem Fall nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung zu stellen. Soweit im Gebührenverzeichnis keine speziellen GOÄ-Nummern existieren, können solche selbstständigen Leistungen gemäß § 6 Abs. 2 der Allgemeinen Bestimmungen der GOÄ „entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden“ (Analogberechnung). Die Abrechnung nach individuell erstellten Leistungslegenden oder individuell festgelegten Pauschalen ist jedoch ausgeschlossen (siehe hierzu auch Punkt 6.5). Zu allem verweisen wir auch auf die Hinweise für das Erbringen individueller Gesundheitsleistungen, wie sie der 109. Deutsche Ärztetag im Jahr 2006 beschlossen hat. Diese Hinweise sind in der Anlage abgedruckt.

## 6. Welche Bedingungen müssen bei einer Privatliquidation erfüllt sein?

### 6.1 Information über Leistungsumfang

Der Patient ist über den Leistungsumfang der GKV zu unterrichten. Der Leistungsanspruch des GKV-Versicherten ist begrenzt auf die notwendige Krankenbehandlung – Leistungen also, die erforderlich sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen – gemäß § 12 Abs. 1 SGB V – das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Darüber hinausgehende medizinisch mögliche und sinnvolle Leistungen sind nicht Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs. Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut muss den Patienten zunächst darauf hin-

weisen, welche Leistungen durch die GKV übernommen werden und dass er diese ohne zusätzliche Zahlungen beanspruchen kann.

### 6.2 IGeL und Selektivvertrag

Mittlerweile haben die Krankenkassen ihren Versicherten auch eine besondere **hausarztzentrierte Versorgung** anzubieten und können ihren Versicherten darüber hinaus im fachärztlichen Bereich eine **besondere ambulante ärztliche Versorgung** anbieten. Die Teilnahme an diesen sogenannten Selektivverträgen nach §§ 73b und § 140a SGB V ist sowohl für den Patienten als auch für den Vertragsarzt oder -psychotherapeuten freiwillig. Zudem können Gegenstand dieser Verträge zum Beispiel auch Leistungen sein, die (noch) keine EBM-Leistungen sind, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss über deren Eignung als Leistung der GKV keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Diese Leistungen können damit auch IGeL-Leistungen sein (siehe auch unter Punkt 5.3 dieser Broschüre). Soweit sich jedoch der Vertragsarzt oder -psychotherapeut zur Teilnahme an einem Selektivvertrag verpflichtet, der diese Leistungen mit erfasst, und der in diesen Selektivvertrag eingeschriebene Versicherte nach dieser Leistung verlangt, kann diese Leistung nicht (mehr) als IGeL-Leistung abgerechnet werden, sondern gegenüber diesem Patienten nur noch nach den Bedingungen des Selektivvertrags. Das bedeutet, der Leistungsanspruch eines GKV-Versicherten kann je nach Krankenkasse und Mitgliedschaft und Teilnahme am Vertrag beziehungsweise je nach Teilnahme des Vertragsarztes oder -psychotherapeuten an den entsprechenden Verträgen unterschiedlich sein.

### 6.3 Initiative des Patienten

**Die Initiative für die Privatbehandlung muss vom Patienten ausgehen.** Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut darf dem GKV-Patienten die private Behandlung weder vorschlagen noch ihn in irgendeiner anderen Form in diese Richtung drängen. Die Beeinflussung von Versicherten mit dem Ziel, diese zum Verzicht auf die ihnen zustehende Leistung der GKV und zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung zu bewegen, stellt einen Verstoß gegen vertragsärztliche/psychotherapeutische Pflichten dar (siehe § 128 Abs. 5a SGB V, § 18 Abs. 8 S. 2 BMV-Ä).

**Der GKV-Versicherungsschutz (Umfang, Modalitäten) ist danach nur für den Versicherten disponibel.** Aus Gründen des Schutzes des GKV-Versicherten ist der Verzicht gegenüber dem Vertragsarzt oder -psychotherapeuten indessen nur zulässig, wenn vor der Behandlung oder vor abgrenzbaren Behandlungsabschnitten ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag auf ausdrückliches Verlangen des GKV-Versicherten über die gesamte ärztliche/psychotherapeutische Behandlung oder Einzelmaßnahmen der Behandlung abgeschlossen worden ist. Das Erfordernis des „ausdrücklichen Verlangens des Versicherten“ schließt nicht aus, dass der Vertragsarzt oder -psychotherapeut über die Möglichkeit einer – nach Maßgabe des zuvor Gesagten erlaubten – Privatbehandlung informiert, wenn diese Information richtig und nicht überredend ist. Geht die „Initiative“ vom Vertragsarzt oder -psychotherapeuten aus, ist auch der Hinweis erforderlich, dass die Privatbehandlung im Vergleich zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung medizinisch nicht notwendig ist.

## 6.4 Aufklärung über Konsequenzen

**Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut muss den Patienten vorab über die Folgen seiner Entscheidung informieren.** Die Informationspflicht bezieht sich insbesondere darauf, dass eine vollständige oder auch teilweise Beteiligung der Krankenkassen an diesen Kosten nicht in Betracht kommt. Der Patient muss sich darüber im Klaren sein, dass er die Kosten vollständig alleine zu tragen hat. Über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung hat der behandelnde Vertragsarzt oder -psychotherapeut seinen Patienten vor Beginn der Behandlung in Textform zu informieren (§ 630c Abs. 3 BGB).

Insbesondere bei medizinisch nicht indizierten Leistungen trifft den Vertragsarzt oder -psychotherapeuten eine besondere Aufklärungspflicht. Der Gesetzgeber sieht dazu zum Beispiel in § 52 Abs. 2 SGB V vor, dass dem GKV-Versicherten zwar ein Sachleistungsanspruch bei Folgeerkrankungen zusteht, die sich der GKV-Versicherte durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, etwa eine Tätowierung oder ein Piercing, zugezogen hat. Der GKV-Versicherte muss sich in diesen Fällen jedoch an den Behandlungskosten beteiligen und die Krankenkasse kann ihm das Krankengeld versagen oder es von ihm zurückfordern.

## 6.5 Erklärung des Patienten über die Wahlentscheidung

Den Wunsch nach Privatbehandlung muss der Patient **vor** Beginn der Behandlung schriftlich erklären. Eine entsprechende Verpflichtung steht im Bundesmantelvertrag (§ 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 2. Bundesmantelvertrag-Ärzte). Aber auch aus Beweisgründen ist jeder Vertragsarzt oder -psychotherapeut gut beraten, eine entsprechende Erklärung vom Patienten einzufordern. Ein Muster für eine derartige Erklärung über die Wahlentscheidung zur privaten Behandlung ist am Ende der Broschüre abgedruckt.

## 6.6 Privatliquidation

Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut ist verpflichtet, dem Patienten eine unter Beachtung der Regelungen der Berufsordnung und der GOÄ spezifizierte Rechnung zu erstellen, da nur eine den Grundsätzen dieser Regelungen entsprechende Rechnung eine Zahlungspflicht des Patienten auslöst.

Nach § 12 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns muss die Honorarforderung angemessen sein.

Für die Bemessung ist die GOÄ die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten. Der Arzt/Psychotherapeut darf die Sätze der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten beziehungsweise überschreiten. Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung hat der Vertragsarzt oder -psychotherapeut auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen. Nach alledem ist es nicht zulässig, dem Patienten lediglich eine Quittung über den von ihm bezahlten (Pauschal-)Betrag auszustellen. Wie bei allen sonstigen Behandlungsverhältnissen ist eine Vorkasse für die ärztliche/psychotherapeutische Leistung unzulässig.

## 6.7 Persönliche Leistungserbringung

Auch bei der Privatliquidation sind die Grundsätze der persönlichen Leistungserbringung (vgl. § 4 Abs. 2 GOÄ) einzuhalten. Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut kann danach Gebühren nur für ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Bei der Leistungserbringung sind zudem die Fachgebietsgrenzen zu beachten.

## 6.8 Probleme ineinander übergehender vertragsärztlicher und privatärztlicher Behandlung

Grundsätzlich ist es dem GKV-Versicherten nicht verboten, bei der Inanspruchnahme ärztlicher/psychotherapeutischer Leistungen aus der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen in die privatärztliche/-psychotherapeutische Versorgung zu wechseln. Vom Vertragsarzt oder -psychotherapeuten ist sicherzustellen, dass ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen nicht doppelt abgerechnet werden. Um Zweifel auszuschließen, sollte außerdem bei der Fortsetzungsbehandlung eine schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten getroffen werden.

## 6.9 Konkurrenzverhältnis zwischen Behandlung von GKV- und Privatpatienten

Dem Arzt oder Psychotherapeuten ist es freigestellt, wann und mit welchem „organisatorischen“ Ablauf er Privatpatienten behandelt. Solange der Vertragsarzt oder -psychotherapeut seine Behandlungspflicht gegenüber GKV-Versicherten nach Maßgabe der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Bestimmungen – auch mit ausreichenden Sprechstunden – erfüllt, können mit Privatpatienten besondere Absprachen getroffen werden. So ist eine kurzfristige Terminvereinbarung mit Privatpatienten und eine Terminvergabe an GKV-Versicherte in der Reihenfolge der Anmeldung unseres Erachtens grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Zur Vermeidung gesetzes- beziehungsweise vertragswidrigen Verhaltens gegenüber GKV-Patienten sollten Sie nachstehende Grundsätze unbedingt beachten:

- Notfallbehandlungen haben Vorrang vor jeder anderen Behandlung
- Schmerzpatienten sind zeitnah zu behandeln
- Die Behandlung von GKV-Patienten darf aus rein finanziellen Gründen nicht zugunsten der Behandlung von Privatpatienten abgelehnt werden. Lediglich unterschiedliche, aber dem Behandlungsbedürfnis adäquate Terminvergabe ist möglich
- Bei langfristiger Terminvergabe für notwendige Behandlung ist darauf zu achten, dass der zuständigen Krankenkasse kein „sonstiger Schaden“ entsteht (zum Beispiel die Verschiebung eines als notwendig erachteten OP-Termins mit der Konsequenz, dass dadurch längere Arbeitsunfähigkeitszeiten mit Krankengeldanspruch entstehen), ansonsten droht Regressgefahr!

Wenn Sie in Ihrer Praxis individuelle Gesundheitsleistungen anbieten möchten, empfehlen wir Ihnen, anhand der unter Punkt 9 dargestellten Kontrollfragen (Checkliste) Ihr Angebot zu überprüfen.

## 7. Umsatzsteuerpflicht?

Umsätze aus Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin, die im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit unter anderem als Arzt oder Psychotherapeut durchgeführt werden, sind umsatzsteuerfrei, § 4 Nr. 14 a UStG. Unter ärztlichen Heilbehandlungen sind dabei Tätigkeiten zu verstehen, die zum Zweck der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und – soweit möglich – der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen bei Menschen vorgenommen werden. Bei der Tätigkeit muss ein therapeutisches Ziel im Vordergrund stehen (siehe hierzu auch die Entscheidungen des Bundesfinanzhofes (BFH) vom 12. August 2004, Az.: V R 18/02 und Az.: V R 27/02 sowie vom 30. Januar 2008, AZ.: XI R 53/06). Die Umsatzsteuerbefreiung gilt für alle erstattungsfähigen GKV-Leistungen, aber auch für IGeL-Leistungen, die medizinisch indiziert sind. Bei allen IGeL-Leistungen muss der Vertragsarzt oder -psychotherapeut jedoch anhand seiner Dokumentation die medizinische Indikation nachweisen. Gelingt dies nicht, werden die IGeL-Leistungen von den Finanzbehörden als umsatzsteuerpflichtig eingestuft.

Da sich die Finanzbehörden nicht konkret zur Umsatzsteuerpflicht beziehungsweise Umsatzsteuerbefreiung einzelner IGeL-Leistungen äußern, trägt der Arzt oder Psychotherapeut das Risiko, dass im Rahmen einer Außenprüfung die Umsatzsteuerpflicht einzelner Leistungen festgestellt wird und sich daraus möglicherweise Umsatzsteuer-Nachzahlungen ergeben. In Zweifelsfragen, insbesondere auch zum Umgang mit den gesetzlich festgelegten Grenzwerten, sollte daher der fachkundige Rat eines Steuerberaters oder eines ähnlichen Experten eingeholt werden.

## 8. Ansprechpartner

Für Fragen und Anregungen zu dieser Broschüre stehen Ihnen unsere Berater unter der Telefonnummer 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10 zur Verfügung.

Ihre Anfragen können Sie gerne auch per E-Mail an folgende Adresse senden: [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## 9. Checkliste/Kontrollfragen für die Erbringung Individueller Gesundheitsleistungen

Falls Sie Ihren Patienten Individuelle Gesundheitsleistungen anbieten möchten, empfehlen wir Ihnen, die in Anhang 1 dargestellten Hinweise des Deutschen Ärztetages zum Umgang mit diesen Leistungen zu berücksichtigen und Ihr Angebot anhand folgender Fragestellungen selbstkritisch zu überprüfen:

1. Habe ich ausreichend geprüft, ob nicht doch eine medizinische Indikation oder eine notwendige Leistung vorliegt, die in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung oder in den Leistungsumfang eines Selektivvertrages gehört? (Siehe hierzu Ausführungen unter Punkt 5.3 und 6.2)
2. Habe ich meinen Patienten darauf hingewiesen, welche Leistungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden und dass er diese Leistungen ohne zusätzliche Zahlungen beanspruchen kann? (Siehe hierzu Ausführungen unter Punkt 6.1)
3. Habe ich meinen Patienten sachlich und ohne anpreisende Werbung für die Individuelle Gesundheitsleistung informiert und geht die Initiative für die Privatbehandlung von meinem Patienten aus? (Siehe hierzu Ausführungen unter Punkt 6.3)
4. Habe ich meinem Patienten erklärt, warum die Individuelle Gesundheitsleistung notwendig oder zumindest empfehlenswert für sein spezielles gesundheitliches Problem ist? (Siehe hierzu Ausführungen unter Punkt 5.3)
5. Habe ich meinen Patienten verständlich über den Nutzen und mögliche Nebenwirkungen oder Risiken der Individuellen Gesundheitsleistung aufgeklärt? (Siehe hierzu Ausführungen unter Punkt 6.4)
6. Habe ich meinen Patienten ausreichend über die voraussichtlich entstehenden Kosten informiert? (Siehe hierzu Ausführungen unter Punkt 6.4)
7. Ist ein schriftlicher Behandlungsvertrag zwischen mir und meinem Patienten zur geplanten Individuellen Gesundheitsleistung vorhanden und beinhaltet dieser einen ausdrücklichen Hinweis auf die voraussichtlich entstehenden Kosten? (Siehe hierzu Ausführungen unter Punkt 6.5 sowie Mustervereinbarung in Anhang 3)
8. Habe ich meinem Patienten ausreichend vermittelt, dass er sich frei für oder gegen eine von mir vorgeschlagene Individuelle Gesundheitsleistung entscheiden kann? Habe ich ihm eine ausreichende Informations- beziehungsweise Bedenkzeit eingeräumt? (Siehe hierzu Ausführungen unter Punkt 6.3)
9. Habe ich meinem Patienten nach Abschluss der Behandlung eine nachvollziehbare Rechnung unter Berücksichtigung der Regelungen der Berufsordnung und der GOÄ gestellt? (Siehe hierzu Ausführungen unter Punkt 6.7)

## 10. Auswahl Individueller Gesundheitsleistungen (Stand: Oktober 2012)

Was die sogenannten IGeL-Leistungen sind und welche Regelungen für ihre Anwendung gelten, ist in dieser Broschüre unter Punkt 5.3 zusammengefasst. Im Folgenden finden Sie eine Aufstellung von IGeL-Leistungen. Sie enthält die Abrechnungsziffern nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und den einfachen Gebührensatz in Euro.

Die angegebenen GOÄ-Nummern sind beispielhaft, gegebenenfalls können bei einzelnen Untersuchungen oder Behandlungen auch andere Leistungen zum Ansatz kommen. Zur Orientierung

für die Berechnung der Gebühr im konkreten Fall ist der Einzelsatz nach der GOÄ abgedruckt. Es handelt sich nicht um eine Vorgabe oder Empfehlung. Der Arzt ist insoweit frei.

Die ärztlichen Berufsverbände haben den vorliegenden IGeL-Katalog um fachspezifische Komponenten erweitert, die einer ständigen Aktualisierung unterliegen. Wir haben auf die Aufnahme dieser Komponenten in den Katalog verzichtet, da diese den Umfang unserer Broschüre sprengen würden. Wer sich dafür interessiert, sollte sich direkt an die zuständigen Berufsverbände wenden. Eine Bewertung des medizinischen Nutzens der in der Liste enthaltenen Leistungen ist durch den Arzt individuell für die Behandlung des jeweiligen Patienten vorzunehmen.

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
<b>9.1 Vorsorgeuntersuchungen</b>		
<b>Kleiner Gesundheitscheck</b>		
29	Gesundheitsuntersuchung	25,65
250	Blutentnahme	2,33
651	Ruhe-EKG	14,75
3501	BSG	3,50
3511	Urin-Teststreifen	2,91
3550	Blutbild	3,50
3551	Differentialblutbild	1,17
3560	Glukose	2,33
3562.H1	Cholesterin	2,33
3583.H1	Harnsäure	2,33
3585.H1	Kreatinin	2,33
3595.H1	GPT	2,33
<b>Großer Gesundheitscheck</b>		
29	Gesundheitsuntersuchung	25,65
250	Blutentnahme	2,33
410	Sono-Check erstes Organ	11,66
420	Sono-Check weiteres Organ	4,66
605	Lungenfunktion	14,11
605a	Flussvolumenkurve	8,16
652	Belastungs-EKG	25,94
3501	BSG	3,50
3511	Urin-Teststreifen	2,91
3550	Blutbild	3,50

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
3551	Differentialblutbild	1,17
3560	Glukose	2,33
3563.H1	HDL-Cholesterin	2,33
3564.H1	LDL-Cholesterin	2,33
3565.H1	Triglyceride	2,33
3583.H1	Harnsäure	2,33
3584.H1	Harnstoff	2,33
3585.H1	Kreatinin	2,33
3587.H1	Alkalische Phosphatase	2,33
3592.H1	Gamma-GT	2,33
3594.H1	GOT	2,33
3595.H1	GPT	2,33
3555	Kalzium	2,33
3557	Kalium	1,75
<b>Ergänzung der zweijährlichen Gesundheitsuntersuchung um Belastungs- und/oder Ruhe-EKG sowie weitere Laboruntersuchungen („Check-up-Ergänzung“)</b>		
651 oder	Ruhe-EKG oder	14,75
652	Belastungs-EKG	25,94
3501	BSG	3,50
3550	Blutbild	3,50
3551	Differentialblutbild	1,17
3583.H1	Harnsäure	2,33
3585.H1	Kreatinin	2,33
3595.H1	GPT	2,33

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
	<b>Sono-Check-up der inneren Organe</b>	
1	Beratung	4,66
410	Sono-Check erstes Organ	11,66
420	Sono-Check weiteres Organ	4,66
	<b>Schlaganfallprävention („Stroke-Check“)</b>	
1	Beratung	4,66
645	Doppler-Sonographie der hirnvorsorgenden Gefäße bei fehlenden anamnestischen oder klinischen Auffälligkeiten	37,89
	<b>Lungen-Check</b>	
1	Beratung	4,66
605	Lungenfunktion	14,11
605a	Flussvolumenkurve	8,16
	<b>Nieren-Check</b>	
1	Beratung	4,66
6	Untersuchung eines Organsystems	5,83
410	Ultraschall Blase	11,66
420	Ultraschall rechte Niere	4,66
420	Ultraschall linke Niere	4,66
250	Blutentnahme	2,33
3585.H1	Kreatinin	2,33
3583.H1	Harnsäure	2,33
3511	Urin-Teststreifen	2,91
3532	Phasenkontrastmikroskopie	5,25
4605	Urinkultur	3,50
4852	Urinzytologie	10,14
	<b>Hirnleistungs-Check („Brain-Check“)</b>	
1	Beratung	4,66
857	Fragebogentest, orientierende Testverfahren	6,76
	<b>Glaukom-Prävention</b>	
1	Beratung	4,66
1240	Spaltlampenmikroskopie	4,31
1256	Tonometrie	5,83
	<b>Osteoporose-Prävention</b>	
1	Beratung	
5380 oder 5475	Osteodensitometrie	17,49

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
	<b>Erweitertes Präventionsangebot für Kinder (Intervall-Check)</b>	
26	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U6a im 15. bis 18. Lebensmonat	26,23
26	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U9a im 8. Lebensjahr	26,23
26	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U9b im 10. Lebensjahr	26,23
26	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen J2 im 14. bis 16. Lebensjahr	26,23
	<b>Neugeborenen-Audio-Check</b>	
1	Beratung	4,66
1409	Otoakustische Emissionen	23,31
	<b>Schiel-Prävention</b>	
1	Beratung	4,66
1200	Refraktion, subjektiv	3,44
1202	Refraktion, objektiv	4,31
1216	Strabismustest	5,30
	<b>Sonstige Vorsorgeuntersuchungen</b>	
644	Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien bzw. -venen	10,49
422 oder 423 oder 424	Echokardiographische Untersuchungen zur Früherkennung	11,66 29,14 40,80
A 619	Untersuchung auf Helicobacter pylori-Besiedlung mittels <sup>13</sup> C-Harnstoff-Atemtest als Primärdiagnostik	13,23
	ggf. ergänzende facharztspezifische Untersuchungen	

7.2 Krebsfrüherkennung		
	<b>Große Krebsfrüherkennung für Frauen</b>	
1	Beratung	4,66
7	Untersuchung	9,33
410	Ultraschall Gebärmutter	11,66
420	Ultraschall rechtes Ovar	4,66
420	Ultraschall linkes Ovar	4,66
420	Ultraschall weitere Organe	4,66
403	Transvaginale Untersuchung	8,74
250	Blutentnahme	2,33
3508	Nativpräparat	4,66
3511	Urin-Teststreifen	2,91
3550	Blutbild	3,50
3551	Differentialblutbild	1,17

## Individuelle Gesundheitsleistungen

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
	<b>Brustkrebsfrüherkennung mittels Ultraschall auf besonderen Wunsch der Frau</b>	
1	Beratung	4,66
418 und 420	Ultraschalluntersuchung der Brust- drüsen	12,24 4,66
	<b>Große Krebsfrüherkennung für Männer</b>	
1	Beratung	4,66
7	Untersuchung	9,33
410	Ultraschall Prostata	11,66
420	Ultraschall rechte Niere	4,66
420	Ultraschall linke Niere	4,66
420	Ultraschall weitere Organe	4,66
403	Transrektale Untersuchung	8,74
250	Blutentnahme	2,33
3511	Urin-Teststreifen	2,91
3532	Phasenkontrast-Mikroskopie	5,25
3550	Blutbild	3,50
3551	Differentialblutbild	1,17
3908.H3	PSA-Test	17,49
4605	Keimzahlbestimmung	3,50
	<b>Früherkennung bösartiger Erkran- kungen bei Risikopersonen</b>	
1	Beratung	4,66
677	Früherkennung des Bronchialkarzi- noms mittels Fluoreszenz-Bronchos- kopie, ggf. mit endobronchialen Ul- traschall (EBUS)	34,97
1418	Endoskopische Untersuchung der Na- senhauhöhlen und/oder des Nasen- rachenraums	10,49
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	10,61
	<b>Hautkrebsfrüherkennung</b>	
750	Auflicht-Mikroskopie	6,99

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
	<b>Weitere Krebsfrüherkennungsun- tersuchungen</b>	
410 420	Sonographische Bestimmung der Endometriumsdicke zur Früherken- nung des Endometriumkarzinoms	11,66 4,66
1789	Früherkennung des Harnblasenkarzi- noms mittels Fluoreszenz-Zystoskopie	18,94
4815 analog	Erweiterte Früherkennung des Zervix- karzinoms (Gebärmutterhalskrebs) durch optimierte zytologische Dia- gnostik mittels Dünnschichtzytologie (z. B. Thin-Prep, Autocyte)	20,40
4077	Früherkennung des Neuroblastoms bei Säuglingen/Kleinkindern durch Bestimmung von Vanillinmandelsäure im Urin („Windeltest“)	33,22

### 7.3 Reisemedizin

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
	<b>Reisemedizinische Untersuchung</b>	
1	Beratung	4,66
5	Untersuchung	4,66
A76	Schriftliche Information	4,08
	ggf. ergänzende facharztspezifische Untersuchungen	
	<b>Reisemedizinische Impfungen</b>	
1	Beratung	4,66
5	Untersuchung	4,66
375	Schutzimpfungen	4,66

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
<b>7.4 Sportmedizin</b>		
1 oder 3	Sportmedizinische Beratung	4,66 8,74
	<b>Sportmedizinische Untersuchung</b>	
29	Gesundheitsuntersuchung	25,65
A76	Schriftliche Information	4,08
250	Blutentnahme	2,33
605	Lungenfunktion	14,11
605a	Flussvolumenkurve	8,16
652	Belastungs-EKG	25,94
3501	BSG	3,50
3511	Urin-Teststreifen	2,91
3550	Blutbild	3,50
3551	Differentialblutbild	1,17
3560	Glukose	2,33
3562.H1	Cholesterin	2,33
3563.H1	HDL-Cholesterin	2,33
3585.H1	Kreatinin	2,33
3592.H1	Gamma-GT	2,33
3595.H1	GPT	2,33
	ggf. ergänzende facharztspezifische Leistungen	

<b>7.5 Umweltmedizin</b>		
30 31 analog	Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese	52,46 26,23
3	Eingehende umweltmedizinische Beratung	8,74
50	Umweltmedizinische Wohnraumbegehung	18,65
	Umweltmedizinische Schadstoffmessungen	
Kap. M	Umweltmedizinisches Biomonitoring	
77 analog	Erstellung eines umweltmedizinisch begründeten Behandlungskonzeptes	8,74
80	Umweltmedizinisches Gutachten	17,49
85		29,14

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
<b>7.6 Ärztliche Untersuchungen und Bescheinigungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht</b>		
1 6 oder 7 oder 8 70	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kindergartenbesuch</li> <li>■ Schulbesuch</li> <li>■ Besuch von heilpädagogischen Tagesstätten</li> <li>■ Reisetauglichkeit</li> <li>■ Flugtauglichkeit</li> <li>■ Beurteilung der Wehrtauglichkeit</li> <li>■ medizinisch nicht indizierte Abklärungsdiagnostik im Rahmen der Beweissicherung nach Drittschädigung</li> <li>■ Berufstauglichkeit</li> <li>■ Eignung als Berufskraftfahrer</li> <li>■ Jugend- oder Sozialämter</li> <li>■ Rentenversicherungen</li> <li>■ Privatversicherungen</li> </ul> ggf. ergänzende facharztspezifische Untersuchungen	4,66 5,83 9,33 15,15 2,33

<b>7.7 Beratungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht</b>		
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Begleitende Beratung und Betreuung bei Verordnung von Nicht-GKV-Arzneimitteln zur Adipositas-Behandlung (z. B. Reductil®, Xenical®)</li> <li>■ Begleitende Beratung und Betreuung bei Verordnung von Nicht-GKV-Arzneimitteln zur Behandlung von erektiler Dysfunktion (z. B. Viagra®)</li> <li>■ Beratung zur Behandlung mit Nahrungsergänzungsmitteln z. B. mit Antioxidantien oder Vitaminpräparaten</li> <li>■ Begleitende Beratung und Betreuung bei Verordnung von Lifestyle-Arzneimitteln außerhalb der GKV-Leistungspflicht</li> <li>■ Beratung und ggf. Arzneimittelverordnung zur Regelverschiebung (z. B. vor Urlaub, sportlichen Aktivitäten)</li> </ul>	4,66
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beratung zur Suchtmittelentwöhnung ohne Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung (z. B. Alkohol, Nikotin)</li> <li>■ Beratung zur Hausapotheke</li> <li>■ Diät-Beratung ohne Vorliegen einer Erkrankung</li> <li>■ Beratung zur Selbstmedikation im Rahmen von Prävention und Lebensführung</li> <li>■ Medizinisch-kosmetische Beratung</li> <li>■ Sonnenlicht- und Hauttyp-Beratung</li> </ul>	4,66

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
<b>7.8 Gutachten außerhalb der GKV-Leistungspflicht</b>		
80 85	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Arbeitsmedizinisches Gutachten nach der Fahrerlaubnisverordnung</li> <li>■ Erstellung eines privaten Gutachtens</li> <li>■ Ärztliche Gutachten zur Beurteilung der Wehrtauglichkeit auf Wunsch des Patienten</li> <li>■ Adoptionsgutachten</li> </ul>	17,49 29,14

<b>7.9 Empfängnisregelung</b>		
252	Dreimonatsspritze	2,33
291	Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums außerhalb der GKV-Leistungspflicht	4,08
2009	Entfernung eines subkutanen Depot-Kontrazeptivums außerhalb der GKV-Leistungspflicht	5,83
410	IUP-Lagekontrolle mittels Ultraschall außerhalb der GKV-Leistungspflicht	11,66
1091	Platzierung eines (auch hormonhaltigen) Intrauterin-Pessars außerhalb der GKV-Leistungspflicht	6,18
1146 analog	Refertilisationseingriff nach vorangegangener operativer Sterilisation bei der Frau	129,40
1758	Refertilisationseingriff nach vorangegangener operativer Sterilisation beim Mann	64,70
3668	Andrologische Diagnostik ohne Hinweis auf Vorliegen einer Sterilität oder nach Sterilisation (Spermiogramm)	23,31
1156 analog	Sterilisation der Frau außerhalb der GKV-Leistungspflicht	61,20
1756	Sterilisation des Mannes außerhalb der GKV-Leistungspflicht	48,50

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
<b>7.10 Leistungen bei Schwangerschaft</b>		
<b>Sonographische Untersuchungen</b>		
415	Vitalitätsuntersuchung des Feten (Ultraschalluntersuchung in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche)	17,49
415 analog	Zusätzliche sonographische Schwangerschaftsuntersuchung auf Wunsch der Schwangeren bei Nicht-Risiko-Schwangerschaften („Baby-Fernsehen“), ggf. einschl. Geschlechtsbestimmung	17,49
<b>Untersuchung auf schwangerschaftsrelevante Infektionen außerhalb der GKV-Leistungspflicht, z. B. Untersuchung auf Antikörper gegen</b>		
4445	Toxoplasmose	16,90
4334	Varizella zoster	16,90
4318	Herpes simplex	16,90
<b>Triple-Test auf Morbus Down und Neuralrohrdefekte des Feten</b>		
3743	Alpha-Fetoprotein (AFP)	14,57
4024	β-HCG	14,57
4027	Östriol	14,57
<b>Schwangerschaftstest auf Wunsch der Patientin</b>		
1	Beratung	4,66
3528 oder 3529	Schwangerschaftstest	7,58
		8,74
<b>Zyklusmonitoring bei Kinderwunsch ohne Vorliegen einer Sterilität</b>		
7	Untersuchung	9,33
410	Ultraschall rechtes Ovar	11,66
420	Ultraschall linkes Ovar	4,66
403	Transkavitäre Untersuchung	8,74
4850	Phasenbestimmung des Zyklus	5,07

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
	<b>Künstliche Befruchtung außerhalb der GKV-Leistungspflicht</b>	
410	Ultraschalluntersuchungen	11,66
420		4,66
403		8,74
4026	Hormonbestimmungen	14,57
4039		20,40
4040		20,40
317 analog	Eizellentnahme	20,40
4852	Aufbereitung und Zusammenführung von Ei- und Spermazellen	10,14
4873 analog		176,61
1114 analog	Embryotransfer	21,57

**7.11 Labordiagnostik ohne Vorliegen anamnestischer oder klinischer Hinweise**

	<b>Beratung und Blutentnahme für Laboruntersuchungen</b>	
1	Beratung	4,66
250	Blutentnahme	2,33
	<b>Blutgruppenbestimmung auf Wunsch</b>	
3982	ABO-Merkmale und Rhesusfaktor	17,49
3987	Antikörpersuchtest	8,16
	<b>HIV-Test</b>	
4395	HIV-Test mittels qualitativem IgG-Antikörper-Nachweis	17,49
	<b>Schilddrüsenfrüherkennung</b>	
4030	TSH-Bestimmung	14,57
	<b>Fettstoffwechsel-Früherkennung bei Kindern</b>	
3562.H1	Gesamt-Cholesterin	2,33
3565.H1	Triglyceride	2,33
	<b>Test zum Ausschluss von Metall-Allergien</b>	
4191	Arsen	23,90
4192	Blei	23,90
4193	Cadmium	23,90
4196	Quecksilber	23,90
4198	ähnliche Untersuchungen	23,90

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
	<b>Hormonanalyse</b>	
4021	Follitropin	14,57
4026	Luteotropin	14,57
4039	Östradiol	20,40
4040	Progesteron	20,40
	<b>Sonstige Laboruntersuchungen</b>	
3783 analog	Untersuchung auf Helicobacter pylori-Besiedlung mittels <sup>13</sup> C-Harnstoff-Atemtest als Primärdiagnostik	33,22
Kap. M	Überprüfung des Impfstatus, sofern nicht von der STIKO empfohlen	
Kap. M	Laborleistungen auf Wunsch des Patienten zur individuellen Vorsorge bzw. Abschätzung des speziellen Lebensrisikos	

**7.12 Psychotherapeutische Angebote**

860	■ Psychotherapeutische Verfahren zur Selbsterfahrung ohne medizinische Indikation	53,62
861		40,22
862		20,11
863	■ Selbstbehauptungstraining, sofern kein psychopathologisch definiertes Krankheitsbild vorliegt	40,22
864		20,11
865		20,11
870	■ Stressbewältigungstraining, sofern kein psychopathologisch definiertes Krankheitsbild vorliegt	43,72
871		8,74
846 bzw. 847	Entspannungsverfahren als Präventionsleistung	8,74
		2,62
846	Biofeedback-Behandlung	8,74
861	Kunst- und Körpertherapien, auch als ergänzende Therapieverfahren	40,22
862 analog		20,11
870	Verhaltenstherapie bei Flugangst	43,72
871		8,74
3	Untersuchung zur Überprüfung des intellektuellen und psychosozialen Leistungsniveaus ohne medizinische Indikation (z. B. Schullaufbahnberatung auf Wunsch der Eltern)	8,74
856		21,04
857	Durchführung von psychometrischen Tests auf Wunsch des Patienten	6,76

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
<b>7.13 Medizinisch-kosmetische Leistungen</b>		
380	Epikutan-Tests zur Prüfung der Verträglichkeit von Kosmetika	1,75
381		1,17
382		0,87
1	Behandlung der androgenetischen Alopezie bei Männern (Glatzenbehandlung)	4,66
5		4,66
743	Peeling-Behandlung zur Verbesserung des Hautreliefs	4,37
755		13,99
742	Epilation von Haaren außer bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs an Händen und im Gesicht	9,62
764	Beseitigung von Besenreiser-Varizen	11,07
755	Entfernung von Tätowierungen	13,99
2400 analog	Piercing (sofern von der Lokalisation her medizinisch und ethisch vertretbar)	6,47
560	UV-Bestrahlungen aus präventiven Gründen (z. B. zur Sonnenexpositions-Prophylaxe)	1,81
561		1,81
562		2,68

<b>7.14 Operative Eingriffe außerhalb der GKV-Leistungspflicht</b>		
2401	Korrektur störender Hautveränderungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht	7,75
2403		7,75
1345	Refraktive Hornhautchirurgie zur Behandlung der Kurzsichtigkeit (z. B. LASIK)	96,76
2626	LAUP (Laser-assistierte Uvulo-Palato-Plastik)	145,72
441		23,31
je nach Behandlungs- methode	Ästhetische Operationen außerhalb der GKV-Leistungspflicht, wie z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Facelifting</li> <li>■ Nasenkorrektur</li> <li>■ Lidkorrektur</li> <li>■ Brustkorrektur</li> <li>■ Fettabsaugung</li> <li>■ Korrektur absteher Ohren (Ohrmuschelplastik)</li> </ul>	

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
<b>7.15 Präoperative Untersuchung bei Eingriffen außerhalb der GKV-Leistungspflicht</b>		
1	Beratung	4,66
8	Ganzkörperstatus	15,15
651	Ruhe-EKG	14,75
3503	Hämatokrit	4,08
3504	Erythrozyten	3,50
3505	Leukozyten	3,50
3506	Thrombozyten	3,50
3513 bzw. 3592.H1	Gamma-GT	4,08 2,33
3514 bzw. 3560	Glukose	4,08 2,33
3517	Hämoglobin	4,08
3519 bzw. 3557	Kalium	4,08 1,75
3520 bzw. 3585.H1	Kreatinin	4,08 2,33
75	Bericht	7,58

<b>7.16 Anästhesien/Narkosen bei Eingriffen außerhalb der GKV-Leistungspflicht</b>		
1	Beratung	4,66
Kap. D	Anästhesie/Narkose	

## Individuelle Gesundheitsleistungen

GOÄ Nr.	Leistungsbezeichnung	Einfacher Gebührensatz in Euro
<b>7.17 Sonstige therapeutische Leistungen</b>		
566 analog	Bright-light-Therapie der saisonalen Depression	29,14
842 846 A	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik und -therapie (z. B. MedX-Therapie)	29,14 8,74
269 269a	Akupunktur (z. B. zur Schmerzbehandlung außerhalb der GKV-Leistungspflicht, Allergiebehandlung)	11,66 20,40
520 521 523	Massagebehandlung außerhalb der GKV-Leistungspflicht	2,62 3,79 3,79
1775	Transurethrale Mikrowellen-Therapie zur Behandlung der benignen Prostata-Hyperplasie (TUMT)	2,62
1860	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Erkrankungen des Bewegungsapparates	349,72
3305 3306	Manualtherapeutische Leistungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht, z. B. Kraniosakraltherapie und Osteopathie	2,16 8,63

<b>7.18 Sonstige Individuelle Gesundheitsleistungen</b>		
20	Gruppenbehandlung bei Adipositas	6,99
50	Hausbesuch auf Patientenwunsch ohne medizinische Indikation	18,65
252	Injektion eines nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimittels auf Wunsch des Patienten (z. B. Vitamin- und Aufbaupräparate, knorpelschützende Substanzen)	2,33
506 analog	Otolithenbefreiungsmanöver	6,99
659 analog	Apparative Schlafprofilanalyse zur Diagnostik von Schlafstörungen	23,31
659	Langzeit-EKG mit Ereignis-Rekorder	23,31
1210 1211 1212 1213	Kontaktlinsen-Anpassung und -Kontrolle ohne GKV-Indikation zur Kontaktlinsen-Versorgung	13,29 17,49 7,69 11,54
5488 5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	349,72 437,15
5721	MR-Tomographie der Mamma außerhalb der GKV-Leistungspflicht, z. B. zur Kontrolle der Integrität von auf Wunsch eingesetzten Brustimplantaten	233,15

# Hinweise für das Erbringen Individueller Gesundheitsleistungen

Der 109. Deutsche Ärztetag hat im Jahr 2006 in seinem Beschluss zum „Umgang mit Individuellen Gesundheitsleistungen“ Grundsätze formuliert, die jeder Arzt beachten sollte, wenn er IGeL erbringt. Die folgenden zehn Punkte sind dem Beschluss entnommen.

Den gesamten Text finden Sie unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) in der Rubrik Ärztetag/Beschlussprotokolle ab 1996/Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23. bis 26.05.2006 in Magdeburg/Punkt VII/IGeL/1

### 1. Sachliche Information

Sachliche Informationen über das jeweilige Angebot Individueller Gesundheitsleistungen sind zulässig. Sie dürfen den Leistungsumfang der GKV nicht pauschal als unzureichend abwerten. Unzulässig sind marktschreierische und anpreisende Werbung und eine Koppelung sachlicher Informationen über Individuelle Gesundheitsleistungen mit produktbezogener Werbung. Individuelle Gesundheitsleistungen dürfen nicht aufgedrängt werden. Gleiches gilt, wenn die Information durch das Praxispersonal erfolgt.

### 2. Zulässige Leistungen

Das Angebot Individueller Gesundheitsleistungen muss sich beziehen auf Leistungen, die entweder notwendig oder aus ärztlicher Sicht empfehlenswert beziehungsweise sinnvoll, zumindest aber vertretbar sind. Es darf sich nicht um gewerbliche Dienstleistungen handeln.

### 3. Korrekte und transparente Indikationsstellung

Bei Leistungen, die bei entsprechender Indikation als Leistungen der GKV zu erbringen sind, besteht eine besondere Verantwortung, eine etwaige Indikation korrekt und zugleich transparent zu stellen. Das gilt insbesondere deshalb, weil oftmals keine klare Grenzziehung möglich ist und weil Patientinnen und Patienten ohne transparente Darlegung der Indikationsstellung deren Richtigkeit kaum überprüfen und nicht eigenverantwortlich über die Inanspruchnahme einer Individuellen Gesundheitsleistung entscheiden können.

### 4. Seriöse Beratung

Jegliche Beratung im Zusammenhang mit Individuellen Gesundheitsleistungen muss so erfolgen, dass die Patientin oder der Patient nicht verunsichert oder gar verängstigt wird, dass nicht zur Inanspruchnahme einer Leistung gedrängt wird und dass keine falschen Erwartungen hinsichtlich des Erfolges einer Behandlung geweckt werden.

### 5. Aufklärung

Die erforderliche Aufklärung richtet sich nach den für die Patientenaufklärung generell geltenden Regeln. Bei Leistungen, die nicht dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, muss umfassend über mögliche Alternativen sowie darüber aufgeklärt werden, warum eine Behandlung mit nicht anerkannten Methoden in Betracht zu ziehen ist. Eine besondere ärztliche Darlegungslast besteht bei Leistungen, die durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen sind oder die aus ärztlicher Sicht nicht als empfehlenswert oder sinnvoll zu betrachten sind. Im Übrigen besteht eine Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung über die zu erwartenden Behandlungskosten.

### 6. Angemessene Informations- und Bedenkzeit

Das Recht der Patientinnen und Patienten, eine Zweitmeinung einzuholen, muss nicht nur respektiert werden, ggf. sollten sie sogar aktiv auf diese Möglichkeit hingewiesen werden. Ebenfalls sollten sie darüber informiert werden, dass sie leistungsrechtliche Fragen ggf. mit ihrer Krankenkasse oder mit Dritten klären können. Dem Patienten und der Patientin muss vor Abschluss des Behandlungsvertrages eine der Leistung angemessene Bedenkzeit gewährt werden.

### 7. Schriftlicher Behandlungsvertrag

Für den Fall, dass Individuelle Gesundheitsleistungen von Vertragsärzten gegenüber gesetzlich Krankenversicherten erbracht werden, schreibt der Bundesmantelvertrag einen schriftlichen Behandlungsvertrag zwingend vor. Er sollte die Leistungen anhand von Gebührenpositionen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) konkretisieren und den

Steigerungssatz festlegen sowie den ausdrücklichen Hinweis enthalten, dass die Leistungen mangels Leistungspflicht der GKV privat zu honorieren sind. Ein solcher Behandlungsvertrag sollte auch in Fällen geschlossen werden, in denen er nicht zwingend vorgeschrieben ist.

#### 8. **Koppelung mit sonstigen Behandlungen**

Von Ausnahmen abgesehen sollten Individuelle Gesundheitsleistungen nicht in Zusammenhang mit Behandlungsmaßnahmen zulasten der GKV, sondern grundsätzlich davon getrennt erbracht werden.

#### 9. **Einhaltung von Gebietsgrenzen und Qualität**

Ärztinnen und Ärzte müssen die Grenzen ihres jeweiligen Fachgebiets auch bei Erbringen Individueller Gesundheitsleistungen beachten. Qualitätsanforderungen der GKV sind zu beachten, wenn sie zugleich dem medizinischen Standard entsprechen.

#### 10. **GOÄ-Liquidation**

Die Rechnungsstellung bezüglich Individueller Gesundheitsleistungen erfolgt nach allgemeinen Regeln. Dementsprechend ist Grundlage für die Behandlungsabrechnung ausschließlich die GOÄ. Pauschale Vergütungen sind unzulässig.

## Anhang 2

# Erklärung für GKV-Versicherte, die bei ihrer Krankenkasse Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V gewählt haben

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_ (Name der Patientin/des Patienten),

dass ich als Mitglied der \_\_\_\_\_ (Name der Krankenkasse)

die Möglichkeit habe, anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V zu wählen.

### Patienteninformation zur Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V

Kostenerstattung bedeutet, dass Sie nicht über Krankenversichertenkarte, sondern wie ein Privatpatient gegen Privatrechnung behandelt werden. Wenn Sie sich für die Kostenerstattung entscheiden, haben Sie Ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung hierüber in Kenntnis zu setzen.

Die Wahlentscheidung können Sie separat für den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich und/oder für veranlasste Leistungen treffen. Die Entscheidung gilt dann jeweils für den gesamten gewählten Bereich. Das heißt, wenn Sie zum Beispiel im Bereich der ärztlichen Versorgung Kostenerstattung wählen, gilt dies nicht nur für die Behandlung in dieser Praxis, sondern bei allen Vertragsärzten. Fällt Ihre Wahl auf veranlasste Leistungen werden sämtliche Verordnungen (Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege etc.) auf Privatrezept vorgenommen.

An Ihre Entscheidung sind Sie mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Durch die Wahlentscheidung können Ihnen Mehrkosten entstehen, die Ihre Krankenkasse nicht erstattet.

### Erklärung des Versicherten

Ich bin über die Modalitäten der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V ausreichend informiert worden und wähle Kostenerstattung für folgende Bereiche:

- ärztliche Versorgung  
 stationärer Bereich  
 veranlasste Leistungen (Zutreffendes ist angekreuzt)

Für die ärztliche Behandlung durch

\_\_\_\_\_ (Name der Ärztin/des Arztes<sup>2</sup>)

werde ich eine privatärztliche Rechnung nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhalten, die ich bei meiner Krankenkasse zur (Teil-)Erstattung einreichen kann, soweit es sich um Leistungen handelt, die Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind. Unabhängig von eventuellen Erstattungen meiner Krankenkasse bin ich in voller Höhe zahlungspflichtig. Diese Erklärung gilt bis zu einem schriftlichen Widerruf gegenüber meiner Krankenkasse und meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt<sup>2</sup>.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

<sup>1</sup>analog: Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten

<sup>2</sup>analog: Name der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten

## Anhang 3

# Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gemäß § 18 Abs. 8 BMV-Ä

Ich, \_\_\_\_\_ (Name der Patientin/des Patienten)

wünsche, durch meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_ (Name der Ärztin/des Arztes)<sup>2</sup>

die folgende(n) Leistung(en) auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen:

Dieser Wunsch ist nicht auf Initiative meiner behandelnden Ärztin/meines behandelnden Arztes<sup>1</sup> zustande gekommen. Ausschlaggebend für meine Entscheidung war vielmehr folgender Sachverhalt:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Die von mir gewünschte(n) Leistung(en) ist/sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Die Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) würden jedoch, wie meine Ärztin/mein Arzt<sup>3</sup> mir mitteilte, eine ausreichende Behandlung ermöglichen.
- Die von mir gewünschten Leistungen sind zwar an sich Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, sie sind bei meiner Erkrankung jedoch medizinisch nicht notwendig und zweckmäßig im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots und dürfen somit nicht zulasten der GKV erbracht und abgerechnet werden.
- Die von mir gewünschten Leistungen sind zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, ich wünsche jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation.

Meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt<sup>1</sup> hat mich über Folgendes aufgeklärt.

- Die von mir gewünschte Behandlung kann nicht mit meiner Krankenkasse abgerechnet werden.
- Ich habe für die von mir gewünschte Behandlung auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung dieser Leistung gegenüber meiner Krankenkasse.
- Meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt<sup>1</sup> wird diese Leistung privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidieren. Die Kosten der Behandlung betragen voraussichtlich \_\_\_\_\_ Euro. Die Rechnung ist von mir zu bezahlen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Patientin/des Patienten)

<sup>1</sup>analog: behandelnde Psychotherapeutin/behandelnder Psychotherapeut

<sup>2</sup>analog: Name der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten

<sup>3</sup>analog: meine Psychotherapeutin/mein Psychotherapeut

# Weiterführende Informationen und Adressen

## Im Internet

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin im Auftrag von Patientenforum, Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? 3. Auflage. Berlin 2008. <http://www.arztcheckliste.de>
- Barmer Ersatzkasse: Individuelle Gesundheitsleistungen: Persönlicher Nutzen entscheidet [https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/Gesundheit/Hintergrundinformationen/Patientenrechte/IGeL/IGeL.html?w-cm=CenterColumn\\_tdocid&w-prv=search](https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/Gesundheit/Hintergrundinformationen/Patientenrechte/IGeL/IGeL.html?w-cm=CenterColumn_tdocid&w-prv=search)
- Bundesärztekammer: Beschlüsse des Ärztetags Magdeburg 2006 zu IGeL. Berlin, 2006. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.3920.3977.3980.3981>
- Bundesärztekammer: GOÄ Ratgeber der Bundesärztekammer, Berlin 2007 <http://www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144>
- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin 2013: Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.99.6083>
- DEGAM: Positionspapier zum Thema Individuelle Gesundheitsleistungen (G. Egidi 2007, publ. in Z Allg Med 2008(1): p. 8-9.). <http://www.degam.de/dokumente/IGeL-%20DEGAM%20Positionspapier%202007.pdf>
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen. IGeL Monitor. Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand. <http://www.igel-monitor.de/>
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen. Individuelle Gesundheitsleistungen, Grundlegende Informationen [http://www.mds-ev.de/vv\\_IGeL.htm](http://www.mds-ev.de/vv_IGeL.htm)
- Unabhängige Verbraucherzeitschrift für Medikamente in Deutschland: Gute Pillen – schlechte Pillen: <http://www.gutepillen-schlechtopillen.de>
- Wissenschaftliches Institut der AOK (wido): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. Wido-monitor 2/2010. [http://www.wido.de/priv\\_zusatzleist.html](http://www.wido.de/priv_zusatzleist.html)
- Zusammenstellung vertrauenswürdiger Gesundheitsbücher und Gesundheits-websites. <http://www.g-infos.de/>
- Zusammenstellung von Gesundheitsbüchern für Laien <http://www.machen-sie-sich-schlau.de/2/2.html>

## Patientenberatung

- Unabhängige Patientenberatung Deutschland - UPD gGmbH <http://www.unabhaengige-patientenberatung.de>
- Bundesweites Beratungstelefon:  
0 18 03 / 11 77 22 Montag bis Freitag 10.00 bis 18.00 Uhr,  
9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz

## Leistungserbringung im Ausland

- Bundesministerium für Gesundheit: Patientenmobilitätsrichtlinie. <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/p-q/patientenmobilitaetsrichtlinie/>
- Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA). <http://www.dvka.de>
- Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. <http://www.eu-patienten.de/>

## Abkürzungsverzeichnis

Abs	Absatz
AMNOG	Arzneimittelneuordnungsgesetz
Az.	Aktenzeichen
BayLSG	Bayerisches Landessozialgericht
BFH	Bundesfinanzhof
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMV-Ä	Bundemantelvertrag Ärzte
BSG	Bundessozialgericht
DVKA	Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab Ärzte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GoÄ	Gebührenordnung Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
KV, KVen	Kassenärztliche Vereinigung, -en
LSG	Landessozialgericht
Nr.	Nummer
PKV	Private Krankenversicherung
S.	Seite
SG	Sozialgericht
SGB	Sozialgesetzbuch

## Impressum

**Herausgeber:**

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München

[www.kvb.de](http://www.kvb.de)

**Grafik und Layout**

Stabsstelle Kommunikation

**Bilder:**

[iStockphoto.com/STEEEX](https://www.iStockphoto.com/STEEEX) (Titelseite)

**Stand:**

August 2017