

Lernbrief

Ärztliche Behandlung – Ausgaben prüfen, anweisen, ablegen

6.8 Teilprozess

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

Herausgeber:

AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Autor: Jürgen Schulz, AOK – Die Gesundheitskasse Rheinland-Pfalz/
Saarland

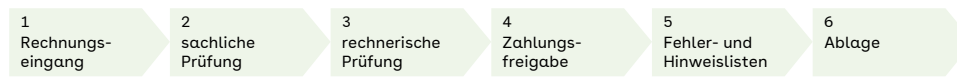
Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartner: Thomas Streißenberger, Tel.: 030 34646-3603

Druck und Vertrieb durch

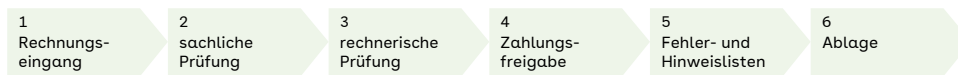
Bonndruck GmbH, Frankfurter Straße 51, 57074 Siegen.

Vervielfältigung der Materialien oder einzelner Beiträge daraus
(auf fotomechanischem oder sonstigem Wege) ist nur mit vorheriger
Genehmigung des Herausgebers gestattet.



Gliederung

1 Einleitung	3
2 Lernziele	4
3 Vertragspartner Kassenärztliche Vereinigung	5
3.1 Sicherstellungs- und Gewährleistungspflicht	5
3.2 Rechtsform und Organisation	6
3.3 Gemeinsame Selbstverwaltung	7
3.4 Interessenvertretung und Disziplinargewalt	8
4 Begriff und Inhalt der ärztlichen Behandlung	9
5 Grundsätze der ärztlichen Behandlung	10
5.1 Freie Arztwahl	10
5.2 Behandlung in Notfällen	11
5.3 Qualität, Humanität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen	13
5.4 Beitragssatzstabilität	14
5.5 Arzt-Patienten-Beziehung	15
6 Vertragsärztliches Leistungsspektrum	17
6.1 Hausärztliche und fachärztliche Versorgung	17
6.2 Umfang der vertragsärztlichen Versorgung	18
6.3 Besondere Versorgungsformen	19
6.3.1 Hausarztzentrierte Versorgung	19
6.3.2 Besondere Versorgung	19
6.3.3 Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP)	21
6.3.4 Belegärztliche Behandlung	22
6.3.5 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	23
6.4 Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung	25
6.4.1 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)	26
7 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	28
7.1 Zulassung als Vertragsarzt	29
7.1.1 Ärztliches Berufsrecht	29
7.1.2 Voraussetzungen für die Zulassung als Vertragsarzt	29
7.1.3 Bedarfsplanung	30



8 Verträge im Vertragsarztrecht	31
8.1 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	34
8.2 Gesamtverträge	35
9 Grundzüge der Vergütungsgestaltung	36
9.1 Pauschalvergütung	36
9.2 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung	37
9.2.1 Gesamtvergütung ab 2012	38
9.3 Kostenerstattung	39
10 Anspruchsnachweis über elektronische Gesundheitskarte	40
11 Fehlverhalten im Gesundheitswesen	43
12 Zusammenfassende Selbstkontrolle	44
13 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	49



1 Einleitung

Versicherte erwarten im Krankheitsfall Leistungen, die wir ihnen möglichst kundenorientiert, unbürokratisch und marktgerecht anbieten. Um auf die Bedürfnisse und Erwartungen unserer Kunden optimal eingehen zu können, ist es erforderlich, die Leistungen vom Inhalt und von den Voraussetzungen her genau zu kennen und entsprechend unseren Versicherten anzubieten.

Die Beziehungen zu den Vertragspartnern sind für die AOK in vielschichtiger Weise von Bedeutung. Vertragsrecht ist vor allen Dingen Service für unsere Kunden. Versicherte wollen sich darauf verlassen können, im Krankheitsfall ohne Probleme die erforderliche ärztliche Behandlung auf hohem Niveau zu erhalten. Gemeinsam mit unseren Vertragspartnern stellen wir dieses Versorgungsniveau für sie sicher, und zwar zu einem Großteil als Sachleistung (Naturalleistung). Da sich die Medizin ständig weiterentwickelt, verändern sich auch die Leistungen für Versicherte. Die Krankenkassen tragen gemeinsam mit ihren Vertragspartnern Sorge dafür, dass Versicherte im Krankheitsfall nach dem aktuell anerkannten wissenschaftlichen Stand versorgt werden.

Eine Krankenkasse, bei der diese Leistungsabietung nicht reibungslos funktioniert, hat schlechte Chancen im Wettbewerb. Vertragsrecht ist also auch Marketing. In immer stärkerem Maße sind die Krankenkassen deshalb im Wettbewerb um möglichst gute Leistungen, und zwar insbesondere in den Bereichen, die über die „alltägliche“ ärztliche Versorgung hinausgehen. Es gibt eine Vielzahl ergänzender Verträge, beispielsweise zur Verbesserung von Früherkennungsleistungen und zur Versorgung besonderer Patientengruppen, z.B. zur Behandlung

von Krebs, Asthma, Diabetes oder chronischen Schmerzen.

Im Umgang mit unseren Vertragspartnern und insbesondere auch im Verhältnis zu Ärztinnen und Ärzten sind Wettbewerbsgesichtspunkte stets zu berücksichtigen. Der Eindruck, den auch wir als AOK bei den Praxen machen, schwingt bei der Behandlung und Betreuung unserer Versicherten mit. Die vertrapartnerschaftlichen Beziehungen sind darauf auszurichten. Hinzu kommt, dass viele im Praxisteam bei der AOK versichert sind.

Ein weiterer Aspekt ist mindestens ebenso wichtig. Vertragsrecht ist Kostenmanagement. Durch eine geschickte Vertragspolitik kann die Krankenkasse sicherstellen, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausreichen, um die Ausgaben zu decken.

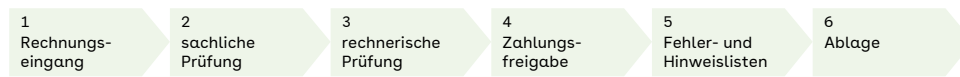
Die Aussagen des Basisprozesses 6.0 sind zu beachten.

Hinweise

Sofern nicht erforderlich haben wir auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK bzw. von den Werten des aktuellen Kalenderjahres aus.

Die Textteile, deren Inhalte nicht prüfungsrelevant, aus unserer Sicht jedoch wichtig für das Gesamtverständnis und für die AOK-Praxis sind, haben wir in grüner Schrift gedruckt.

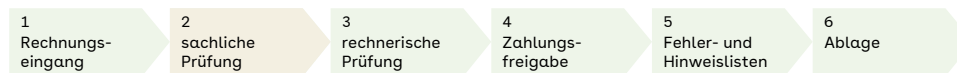
Haben Sie Tipps, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu den Inhalten des Lernbriefs? Dann zögern Sie nicht, uns anzusprechen.



2 Lernziele

Der Lernbrief soll Sie in der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

- Versicherte über Inhalt und Umfang der vertragsärztlichen Behandlung zu beraten
- dabei auch über die unterschiedlichen Versorgungsformen zu informieren
- die rechtlichen und vertraglichen Beziehungen im Vertragsarztrecht zu berücksichtigen
- die Grundzüge der Vergütungsgestaltung aufzuzeigen



3 Vertragspartner Kassenärztliche Vereinigung

2
sachliche
Prüfung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die darin organisierten Ärzte sind die bedeutsamsten Vertragspartner. Zumeist sind Arzt oder Ärztin erste Ansprechpartner unserer erkrankten Kundschaft. Sie behandeln und beraten über erforderliche weitere Leistungen. Sie verordnen diese bei Bedarf und beziehen dadurch weitere Vertragspartner in die Behandlung ein (z.B. Krankenhaus, Apotheke oder Krankengymnast). Damit steuern sie in erheblichem Umfang die Leistungsaufwendungen der Krankenkasse. Scherzhaft gesagt, haben sie den Schlüssel zum Geldschrank der Krankenkassen in den Händen.

Der Gesetzgeber geht also davon aus, dass Ärzte und Krankenkassen gemeinsam die Versorgung der Versicherten sicherzustellen haben.

Zur Erfüllung der ihnen vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung haben die Vertragsärzte für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche Vereinigung zu bilden. Diese können sich auch länderübergreifend zusammenschließen.

§ 77 Abs. 1
SGB V

3.1 Sicherstellungs- und Gewährleistungspflicht

§ 72 Abs. 1
SGB V

Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen.

Den unmittelbaren Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung hat der Gesetzgeber an die Kassenärztlichen Vereinigungen gegeben.

2
sachliche
Prüfung

§ 75 Abs. 1
SGB V

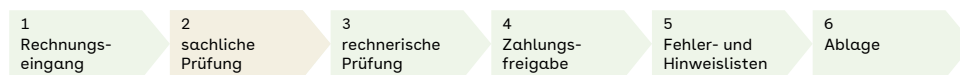
§ 72 Abs. 2
SGB V

Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

Diese haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür zu tragen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

Diese Sicherstellung umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch den Rettungsdienst.

§ 75 Abs. 1b
SGB V



§ 75 Abs. 1a
SGB V

Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch zeitnahe Termine beim Vertragsarzt. Durch zunehmende Klagen der Patienten über lange Wartezeiten auf Termine bei Vertragsärzten hat der Gesetzgeber reagiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Versicherten im Internet über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte zu informieren und Terminservicestellen einzurichten. Diese sind mittlerweile rund um die Uhr unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116117 erreichbar.

Die Terminvermittlung soll innerhalb einer Woche erfolgen. Die Wartezeit auf den Termin darf dann nicht länger als vier Wochen betragen. Darüber hinaus unterstützen die Terminservicestellen Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt und vermitteln akut behandlungsbedürftigen Patienten, auf der Grundlage eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens, eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene.

§ 76 Abs. 1a
SGB V

Gelingt keine Vermittlung, hat die Terminservicestelle alternativ einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Die Inanspruchnahme umfasst auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Die nähere Ausgestaltung dieser Vorschrift ist in Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) geregelt.

3.2 Rechtsform und Organisation

Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sind sehr ähnlich organisiert. Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie verwalten sich selbst und besitzen eine Vertreterversammlung und einen Vorstand. Die Mitglieder der Vertreterversammlung, die ihrerseits den Vorstand wählt, werden von den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung gewählt. Der Vorstand übt seine Tätigkeit hauptamtlich aus. Sofern es sich bei Mitgliedern des Vorstands um Ärzte handelt, dürfen diese nur noch im geringen Umfang praktizieren.

Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung sind die im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassenen Vertragsärzte, bei diesen Vertragsärzten angestellte Ärzte, die mindestens zehn Stunden pro Woche beschäftigt sind sowie die in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte und die ermächtigten Krankenhausärzte.

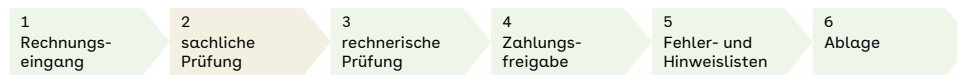
Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich Satzungen zu geben. In diesen ist im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben alles Wesentliche zu regeln, beispielsweise Name, Bezirk und Sitz der Vereinigung, Zusammensetzung, Wahl, Amtsführung sowie Aufgaben und Befugnisse der Selbstverwaltungsorgane, insbesondere aber auch die Rechte und Pflichten der Organe und der Mitglieder. Darüber hinaus muss die Satzung Regelungen zur Aufbringung und Verwaltung der Mittel sowie über eine jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung beinhalten. Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

2
sachliche
Prüfung

§ 77 Abs. 3 – 5,
§ 79 Abs. 1,
§ 80 Abs. 1
Satz 1 SGB V

§ 79 Abs. 4
Satz 6 SGB V

§ 81 Abs. 1
SGB V



§ 78 Abs. 1, 3
SGB V

Die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Diese erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht.

Da die Kassenärztliche Vereinigung eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist, handelt sie im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben hoheitlich im Verhältnis zu ihren Mitgliedern. Sie kann deshalb ihren Mitgliedern – also den Ärzten – gegenüber Verwaltungsakte (z.B. Honorarbescheide) erlassen, die ggf. nach Durchführung von Vorverfahren durch die Sozialgerichtsbarkeit überprüft werden können.

Merke

Kassenärztliche Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und unterliegen einer Rechtsaufsicht der zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.

3.3 Gemeinsame Selbstverwaltung

2
sachliche
Prüfung

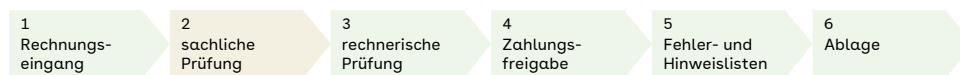
Wenn in der öffentlichen Diskussion bei Problemen Lösungen durch die gemeinsame Selbstverwaltung angemaht werden, ist damit gemeint, dass Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen ohne Einbeziehung des Gesetzgebers zu Problemlösungen in der Krankenversicherung kommen sollen. Natürlich gelingt der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht immer eine einvernehmliche Lösung. Häufig fehlt ihr auch die gesetzliche Legitimation, weil der Rahmen des Vertragsarztrechts sehr stark durch die Bestimmungen des SGB V vorgezeichnet ist. Auch deshalb hat die Fülle

der Krankenversicherungsgesetze der letzten Jahre immer wieder Rahmenbedingungen des Vertragsarztrechts verändert.

Eine Vielzahl der gemeinsamen Aufgaben haben Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen gemeinsamen Ausschüssen übertragen. Dies betrifft insbesondere das Zulassungswesen, die Bewertung ärztlicher Leistungen sowie die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Aber auch die Inhalte der vertragsärztlichen Versorgung können durch solche Ausschüsse konkretisiert werden.

Der Gesetzgeber hat bestimmte Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung – also den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen – zur gemeinsamen Erledigung übertragen. In einigen Bereichen hat er die Kompetenz hingegen klar einem Partner zugewiesen. Sofern die Interessen des anderen Partners berührt sind, schreibt er eine Abstimmung vor. In diesen Fällen sieht das Gesetz vor, dass die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung sich ins Benehmen setzen müssen oder schreibt vor, dass Einvernehmen herzustellen ist.

Benehmen ist bereits hergestellt, wenn ein Vertragspartner dem anderen Vertragspartner, unter Berücksichtigung angemessener Fristen, Gelegenheit zu einer Stellungnahme gibt und die Überlegungen des Vertragspartners zur Kenntnis nimmt. Benehmen kann also auch hergestellt sein, wenn der Vertragspartner sich ausdrücklich gegen eine beabsichtigte Änderung ausspricht.



Einvernehmen bedeutet, dass beide Vertragspartner einer beabsichtigten Änderung oder Weiterentwicklung zustimmen müssen. Verweigert ein Vertragspartner die Zustimmung, gilt das Einvernehmen als nicht hergestellt.

3.4 Interessenvertretung und Disziplinalgewalt

2
sachliche
Prüfung

Die Kassenärztliche Vereinigung kann die ihr obliegende Sicherstellung und Gewährleistung den Krankenkassen gegenüber nur durch Ärzte wahrnehmen lassen. Es muss deshalb verbindliche Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen geben.

§ 95 Abs. 3
SGB V

Diese Rechtsbeziehungen werden durch die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung hergestellt. Die Zulassung bewirkt nämlich, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Vertragsarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird. Gleichzeitig berechtigt und verpflichtet die Zulassung ihn zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Zulassung bewirkt weiterhin, dass die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung für Ärzte verbindlich sind.

§ 75 Abs. 2
SGB V

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben aber auch die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig, unter Anwendung von Disziplinarmaßnahmen zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann im Rahmen ihres Disziplinarrechtes je nach Schwere der Verfehlung des Vertragsarztes eine Verwarnung oder einen Verweis aussprechen. Sie kann aber auch eine Geldbuße bis zu 50.000 € verhängen oder das Ruhen der Zulassung bis zu zwei Jahren anordnen. Entsprechende Regelungen hat die Kassenärztliche Vereinigung in ihre Satzung aufzunehmen. Auch die Rechte und Pflichten der Mitglieder müssen aus der Satzung erkennbar sein. Die Satzungen müssen außerdem Bestimmungen enthalten über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der vertragsärztlichen Tätigkeit.

§ 81 Abs. 5
SGB V

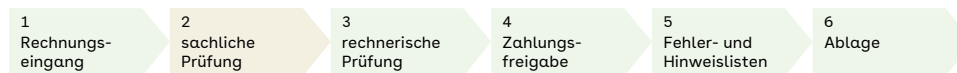
§ 81 Abs. 4
SGB V

Die Ärzte haben der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber also Rechte und Pflichten. Hierdurch kann die Kassenärztliche Vereinigung die ihr obliegenden Sicherstellungs- und Gewährleistungsaufträge den Krankenkassen gegenüber erfüllen. Im Gegenzug haben Ärzte einen Vergütungsanspruch gegen die Kassenärztliche Vereinigung.

§ 87b SGB V

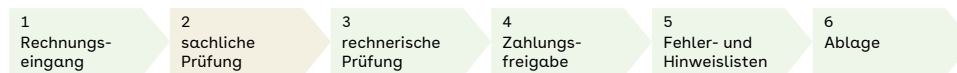
Merke

Die Kassenärztliche Vereinigung hat zu überwachen, ob die Vertragsärzte ihre gesetzlichen und vertraglichen Pflichten erfüllen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann Disziplinarmaßnahmen verhängen.



4 Begriff und Inhalt der ärztlichen Behandlung

2 sachliche Prüfung	<p>Ärztliche Behandlung wird von Ärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie von Arzt oder Ärztin angeordnet und verantwortet werden. Diese Hilfeleistungen sind Bestandteil der ärztlichen Behandlung.</p>	<p>Dieses geschieht vor Behandlungsbeginn, spätestens nach den „probatorischen Sitzungen“ (bereiten die psychotherapeutische Behandlung vor, indem die Diagnose gestellt und der Behandlungsverlauf geplant werden). Erst nach dem Konsiliarbericht des Vertragsarztes darf die Psychotherapie zu Lasten der GKV beginnen.</p>
§ 15 Abs. 1 SGB V		
§ 28 Abs. 1 Satz 1 SGB V	<p>Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeiten eines Arztes, die zur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verhütung, • Früherkennung und • Behandlung 	<p>Näheres zur psychotherapeutischen Behandlung finden Sie in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 SGB V erlassenen Psychotherapie-Richtlinien (PsychothR).</p>
§ 28 Abs. 3 SGB V	<p>von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind.</p> <p>Handelt es sich um die Behandlung einer psychischen (seelischen) Erkrankung, so kann diese durch folgende Psychotherapeuten, erbracht werden</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychologische Psychotherapeuten • Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten • Psychotherapeuten nach § 1 Abs. 1 Satz 1 des Psychotherapeutengesetzes • und Vertragsärzte, <p>wenn diese zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind. Damit kann sich ein Kunde im Fall einer seelischen Erkrankung direkt und ohne vorherige Einschaltung eines Vertragsarztes mit einem Psychotherapeuten zur Behandlung in Verbindung setzen.</p> <p>Allerdings ist der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin verpflichtet, an einen Vertragsarzt zu überweisen, um mögliche körperliche Erkrankungen abzuklären.</p>	<p>In dieser wurde das Leistungsangebot zum 01. 04. 2017 erweitert und neu strukturiert. Mit der psychotherapeutischen Sprechstunde, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe sollen Patienten zeitnah einen einfacheren Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen erhalten und das Versorgungsangebot flexibilisiert werden. Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung (vgl. Punkt 3.1 dieses Lernbriefs) vermitteln hierfür Termine innerhalb von längstens vier Wochen. Einer Überweisung bedarf es nicht. Die Wartezeit für eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf sogar zwei Wochen nicht überschreiten.</p> <p>Andere zur Ausübung der Heilkunde berechnigte Personen (z.B. Heilpraktiker) sind nicht berechnigt, ärztliche Leistungen zu erbringen. Dies gilt auch für dringende Fälle. Ärzte haben ihre Leistungen grundsätzlich persönlich zu erbringen. Delegationsfähige Leistungen können jedoch auch unter ihrer Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht werden.</p>
		§ 75 Abs. 1a Satz 14, 15 SGB V
		§ 28 SGB V



5 Grundsätze der ärztlichen Behandlung

§ 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Arzt oder Ärztin können im Rahmen ihrer Tätigkeit Heil- oder Hilfspersonen und andere Personen zur Hilfeleistung heranziehen. Die Anordnung dieser Leistungen ist Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Sie gelten als eigene Leistungen des Arztes. Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung schließt nicht aus, dass bestimmte Leistungen an Personen delegiert werden, die unter ärztlicher Aufsicht und Weisung stehen und für die Erbringung der Hilfeleistung qualifiziert sind (z.B. Pflegefachkraft, Assistenzpersonal, Labormitarbeitende). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben hierzu eine Liste delegationsfähiger Leistungen festgelegt (Anlage 24 BMV-Ä).

§ 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V

Merke

Ärztliche Behandlung wird durch Ärzte bzw. Psychotherapeuten erbracht. Werden sie nicht persönlich tätig, haben sie die Arbeit des Hilfspersonals anzuordnen, zu überwachen und zu verantworten.

5.1 Freie Arztwahl

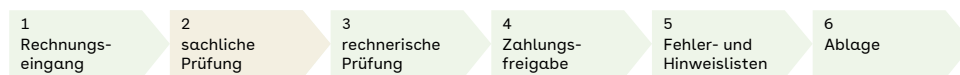
Versicherte haben die freie Wahl unter den Ärztinnen und Ärzten, sofern die Ärzte eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind
- medizinische Versorgungszentren
- ermächtigte Ärzte
- ermächtigte oder nach § 116b SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmende ärztlich geleitete Einrichtungen
- Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 2 Satz 2 SGB V (z.B. Kurkliniken oder Gesundheitszentren)
- vertraglich nach § 72 Abs. 3 SGB V zur ärztlichen Behandlung verpflichtete Ärzte (falls der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergegangen ist)
- Krankenhäuser, die zum ambulanten Operieren zugelassen sind
- spezielle Einrichtungen, die für die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen zugelassen sind

Sie sehen, die Liste ist lang. Wie kann man nun feststellen, ob eine Zulassung vorliegt? In oscore® können Sie in den Leistungserbringerstammdaten suchen oder auch in Arztverzeichnissen nachschauen, die z.B. im Intranet Ihrer AOK bzw. im Internet-Auftritt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung gepflegt werden.

2 sachliche Prüfung

§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V



§ 76 Abs. 2
SGB V

Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen oder medizinischen Versorgungszentren in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

Diese Regelung beinhaltet einige Schlussfolgerungen, die nicht auf den ersten Blick offensichtlich sind:

- Das Wahlrecht selbst wird durch diese Regelung nicht eingeschränkt oder beseitigt. Die Vorschrift besagt lediglich, dass die Versicherten ggf. anfallende Mehrkosten tragen (z.B. Fahrkosten).
- Damit der Grundsatz der freien Arztwahl auch tatsächlich umgesetzt werden kann, müssen Versicherte unter mindestens zwei geeigneten Ärzten kostenfrei wählen können.
- Liegen aber wichtige Gründe für das Aufsuchen von weiter entfernten Behandlungsorten vor, fallen keine Mehrkosten an.

§ 76 Abs. 3
Satz 1 SGB V

Die Versicherten sollen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln.

Was ein wichtiger Grund ist, kann nur nach den Verhältnissen eines konkreten Einzelfalles beurteilt werden. Hierfür kommen infrage:

- Wohnortwechsel
- fehlendes Vertrauen
- Behandlungsfehler in der Vergangenheit

Gerade fehlendes Vertrauen zum Arzt wird häufig als Grund für einen Wechsel genannt. Oft stellt sich jedoch heraus, dass eine gestörte Kommunikation die Ursache ist. In solchen Fällen kann die AOK vermittelnd tätig werden.

Merke

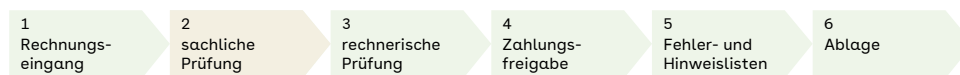
Es gilt der Grundsatz der freien Wahl unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten. Wählen Versicherte ohne wichtigen Grund einen anderen als einen der nächsterreichbaren Ärzte, tragen sie eventuell entstehende Mehrkosten selbst.

5.2 Behandlung in Notfällen

Zur Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten ärztlichen Versorgung gehört auch eine Notfallversorgung. Diese Aufgabe obliegt – zumindest zum Teil – den Kassenärztlichen Vereinigungen. Eine solche Notfallversorgung muss jedoch nicht nur für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung stehen, sondern für die Bevölkerung insgesamt. Deshalb hat der Gesetzgeber diese Aufgabe nicht nur den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen, sondern auch die Ärztekammern mit dieser Aufgabe betraut.

2
sachliche
Prüfung

§ 75 Abs. 1b
SGB V



Der ärztliche Notfalldienst steht außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten – also nachts, am Wochenende sowie an Feiertagen – bei Bedarf zur Verfügung. Dabei sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen den Notdienst auch durch Kooperation mit Krankenhäusern sicherstellen, in dem sie entweder Notdienstpraxen an Krankenhäusern einrichten oder deren Notfallambulanzen in den Notdienst einbinden. Ärztinnen und Ärzte sind durch berufsrechtliche Vorschriften zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst verpflichtet; dies gilt auch, falls sie ausschließlich privatärztlich tätig sind. Näheres regeln die Notfalldienstordnungen, welche die Kassenärztlichen Vereinigungen üblicherweise gemeinsam mit den Ärztekammern festsetzen.

§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V Andere als die unter Punkt 5.1 genannten Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Ob ein Notfall vorliegt, ist dabei ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten zu beurteilen. So z.B. wenn eine Verletzung mit erheblicher Gefahr für Gesundheit oder Leben vorliegt.

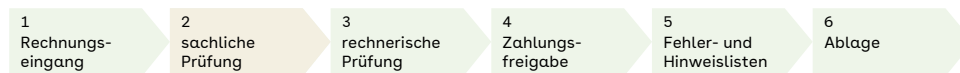
Beispiel

Bei einem Verkehrsunfall wird Manfred Prottung, Kunde der AOK, schwer verletzt und liegt blutend auf der Straße. Zufällig befindet sich ein Arzt in der Nähe, der lediglich als Privatarzt tätig ist. Er leistet unverzüglich ärztliche Hilfe.

Folge

Bis der Rettungswagen eintrifft, könnte sich der Zustand von Manfred Prottung schon erheblich verschlechtert haben. Es liegt also eindeutig ein Notfall im medizinischen Sinn vor. Der behandelnde Arzt ist also berechtigt, die Behandlung über die Kassenärztliche Vereinigung zulasten der AOK abzurechnen. Die Abrechnung solcher Notfallleistungen erfolgt über einen speziellen Vordruck, den sogenannten „Notfall-/Vertretungsschein“.

6.8 · Ärztliche Behandlung – Ausgaben prüfen, anweisen, ablegen



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vornamen des Versicherten geb. am

Krankenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Notfall-/Vertretungsschein

☐ ärztlicher Notfalldienst ☐ Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung ☐ Notfall Quartal ____ / ____

☐ Unfall ☐ Unfallfolgen Geschlecht ☐ W ☐ M

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

Befunde/Therapie

Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis

Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:

Tag Monat Tag Monat

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum Unterschrift des Versicherten

Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt

Vertragsarztstempel

Muster 19b/E (10.2014) KBV-Prf-NH

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

5.3 Qualität, Humanität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen

2
sachliche
Prüfung

§ 2 Abs. 1
SGB V

Insbesondere der Servicegedanke sowie der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit sind im Sozialgesetzbuch als Vorgaben für die Krankenkassen mehrfach verankert. So wird deutlich herausgestellt, dass die Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung zu stellen sind. Dabei haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte, haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden. Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ist im § 12 des SGB V ergänzend erläutert. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Gesundheitspartner nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

§ 2 Abs. 4,
§ 12 Abs. 1
SGB V



§ 70 Abs. 1
SGB V

Dementsprechend bestimmt das Gesetz, dass die Krankenkassen und die Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Kunden zu gewährleisten haben. Dies beinhaltet, dass die Leistungen auch unter Berücksichtigung der Zumutbarkeit von Entfernungen anzubieten sind. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.

Wirtschaftlichkeit – hierauf sei ausdrücklich hingewiesen – bedeutet nicht, dass stets die billigste Versorgungsform zu wählen ist! Eine aufwendigere Versorgung, mit der das Ziel des Behandlungserfolgs eher oder nachhaltiger erreichbar ist, kann ebenso wirtschaftlich sein. Ausreichend ist also kein Prädikat im Sinne einer Schulnote. Denn das würde ja bedeuten, dass man gerade einmal eine mangelhafte Versorgung verhindern hätte. Im Gegenteil! Der Gesetzgeber verlangt eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung.

Sicherzustellen ist also ein hoher Versorgungsstandard unter Berücksichtigung aktueller medizinischer Erkenntnisse. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben darüber hinaus durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken. Die Versorgung muss so umfassend und gut sein, dass das Ziel der Behandlung – also Heilung oder Linderung – unter Beachtung der Menschenwürde erreicht wird. Die Versorgung muss ausreichen, um dieses Ziel zu erreichen. Sie darf

aber nicht darüber hinausgehen. Ausreichend setzt die Grenze zum nicht Erforderlichen einerseits und zum nicht Ausreichenden andererseits.

Merke

Die Leistungen der Krankenkassen und damit auch die ärztliche Versorgung haben dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen.

Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sind die obersten Gebote.

5.4 Beitragssatzstabilität

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten.

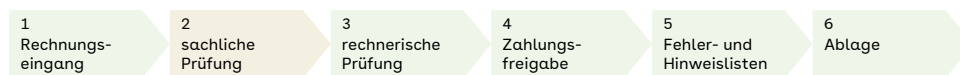
Beitragssatzstabilität bedeutet danach, Vorgaben (bzw. Verträge) so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen vermieden werden. Nur dann, wenn die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten ist, wären überproportionale Ausgabenzuwächse denkbar.

Verträge mit den Leistungserbringern haben Auswirkungen auf die Balance zwischen Beitragseinnahmen durch den Gesundheitsfonds und den Ausgaben der Krankenkasse. Um überhöhte Ausgaben zu vermeiden, besteht ein Anreiz zur Beitragssatzstabilität. Denn falls der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, muss sie von ihren Mit-

2
sachliche
Prüfung

§ 71 Abs. 1
SGB V

§ 70 Abs. 2
SGB V



gliedern einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben. In 2025 beträgt der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Kassen 2,5 %.

5.5 Arzt-Patienten-Beziehung

2
sachliche
Prüfung

§ 15 Abs. 2
SGB V,
§ 13 Abs. 1
BMV-Ä

Rechte und Pflichten zwischen Arzt und Patient bestehen auch ohne direkten Vergütungsanspruch. So muss die Anspruchsberechtigung durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte oder eines anderen gültigen Anspruchsnachweis nachgewiesen werden.

§ 76 Abs. 4
SGB V,
§ 13 Abs. 8
BMV-Ä

Die Übernahme der Behandlung verpflichtet die Behandelnden dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts. Diese gesetzliche Normierung stellt klar, dass in der Arzt-Patienten-Beziehung das bürgerliche Recht anzuwenden ist. Dadurch können bei einer Verletzung der ärztlichen Sorgfalt privatrechtliche Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden. Hat der Vertragsarzt die Behandlung übernommen, ist er auch verpflichtet, die in diesem Rahmen notwendigen Verordnungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu treffen.

Die Behandlung von Versicherten darf nur in begründeten Fällen abgelehnt werden. Solche Gründe können z.B. in der apparativen Ausrüstung oder der Spezialisierung einer Praxis liegen. Auch ein gestörtes Vertrauensverhältnis wäre ein solcher Grund. Ebenso kann die Behandlung abgelehnt werden, wenn nicht vor Beginn der Behandlung eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorgelegt wird. Dies gilt allerdings nicht für Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie bei akuter Behandlungsbedürftigkeit oder bei einer nicht persönlichen Inanspruchnahme.

§ 13 Abs. 7
BMV-Ä

Merke

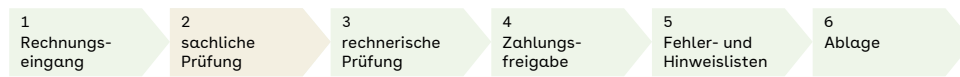
Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den Arzt zur Beachtung der Sorgfaltspflichten nach bürgerlichem Recht.

Falls Versicherte als Folge von Behandlungsfehlern Ersatzansprüche nach dem BGB haben, können diese nach § 116 SGB X insoweit auf die AOK übergehen, als diese wegen dieses Behandlungsfehlers weiterführende Leistungen gewähren musste. Auch wenn dies nicht der Fall ist, sollen die Krankenkassen Versicherte bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen unterstützen, die aus Behandlungsfehlern entstanden sind.

§ 66 SGB V,
§ 116 Abs.1
SGB X

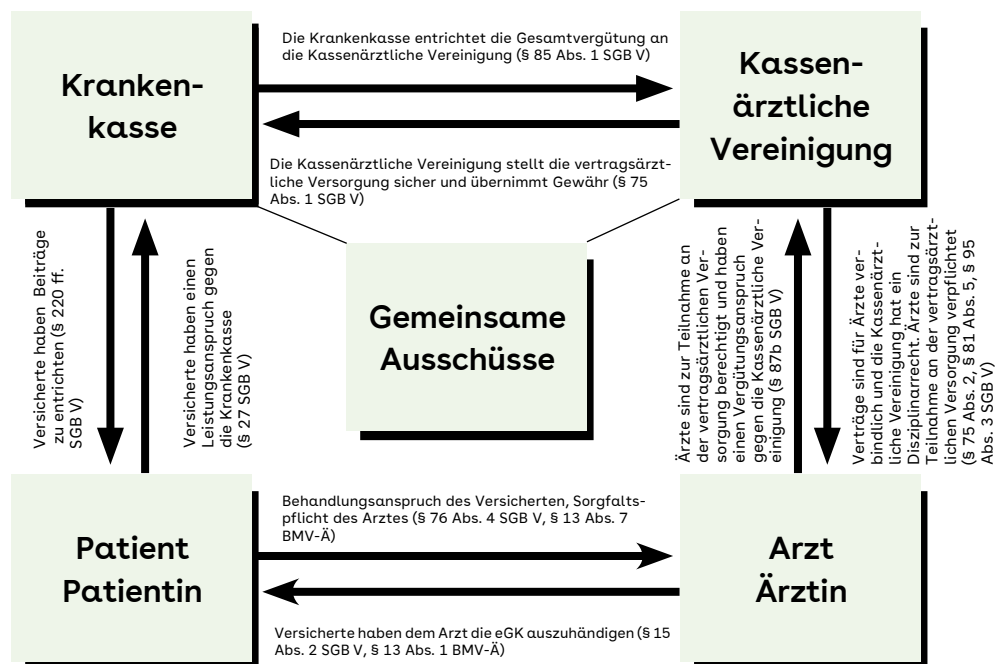
Aus diesen Vorgaben ergibt sich zwangsläufig in der vertragsärztlichen Versorgung ein rechtliches Vier-ecksverhältnis. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht dies.

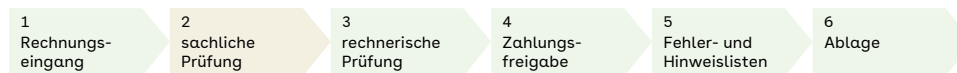
6.8 · Ärztliche Behandlung – Ausgaben prüfen, anweisen, ablegen



Merke

Zwischen Krankenkasse und Arzt bestehen keine unmittelbaren rechtlichen Beziehungen.





6 Vertragsärztliches Leistungsspektrum

6.1 Hausärztliche und fachärztliche Versorgung

2
sachliche
Prüfung

§ 73 Abs. 1
Satz 1 SGB V
§ 73 Abs. 1a,
1b SGB V

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung.

An der hausärztlichen Versorgung nehmen grundsätzlich

- Allgemeinärzte,
- Kinder- und Jugendärzte,
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben,
- ausländische anerkannte Ärzte (§ 95a Abs. 4, 5 SGB V) und
- Ärzte, die am 31. 12. 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben (Hausärzte),

teil.

Alle übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil.

Diese Untergliederung entspricht der Intention des Gesetzgebers, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Dem entsprechend wurden die Krankenkassen in den letzten Jahren auch zu besonderen finanziellen Förderungen der hausärztlichen Versorgung verpflichtet.

Eine Förderung der hausärztlichen Versorgung ist unter vielerlei Gesichtspunkten sinnvoll. An erster Stelle zu nennen sind dabei Qualitätsgesichtspunkte. Eine qualitativ hochstehende hausärztliche Versorgung in zumutbaren Entfernungsverhältnissen für Versicherte stellt das Rückgrat einer dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Ver-

sorgung dar. Hausärzte kennen ihre Patienten oft über Jahrzehnte hinweg. Kein anderer kann den Menschen so deutlich in den Mittelpunkt der Behandlung stellen wie der Hausarzt.

Je spezialisierter die ärztliche Versorgung ist, umso eher besteht die Gefahr, den Fall in den Mittelpunkt der Behandlung zu stellen. Hohe Spezialisierungen fördern dies. In vielen Facharztpraxen – und insbesondere in Krankenhäusern – laufen häufig routinemäßig Behandlungen gleicher Krankheitsbilder und Operationen ab. An einem Tag stehen z.B. 15 Star-Operationen an, am nächsten Tag zehn Gallen-Operationen.

Ärztlicher Rat ist gefragt, wenn z.B. als Folge einer Schilddrüsenproblematik Herz-Symptome auftauchen. Sollte der erste Gang zum Radiologen führen? Oder zum Kardiologen? Vielleicht besser zunächst zum Internisten? Oder könnte ein Nuklearmediziner helfen?

Hier kann eine gut funktionierende hausärztliche Versorgung Patienten durch den teilweise unübersichtlichen Medizinbetrieb leiten und dadurch dazu beitragen, Kosten einzusparen.

In einigen Ländern kann eine fachärztliche Versorgung nur auf Überweisung eines Hausarztes oder einer Hausärztin in Anspruch genommen werden. Die Niederlande haben eine noch deutlichere Trennung vorgenommen. Die fachärztliche Versorgung findet dort über den Hausarzt gesteuert nahezu ausschließlich in Krankenhäusern statt. In der Bundesrepublik dagegen können Versicherte unmittelbar Fachärzte konsultieren.



Merke

Die gesetzliche Unterteilung in Haus- und Fachärzte weist den Hausärzten eine Schlüsselstellung in der medizinischen Versorgung zu. Stichwort: „Lotse“!

- medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft für berechnigte Versicherte,
- ärztlichen Maßnahmen der Empfängnisregelung sowie Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation,
- Verordnung von Soziotherapie,
- Zweitmeinung nach § 27b SGB V sowie die
- Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b SGB V.

6.2 Umfang der vertragsärztlichen Versorgung

2
sachliche
Prüfung

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die

§ 73 Abs. 2
SGB V

- ärztliche Behandlung,
- zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung,
- Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
- Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,
- Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
- Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen
- Verordnung häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege,
- Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,

Auch die Verordnung von Krankenhausbehandlung gehört zur vertragsärztlichen Versorgung. Dies darf allerdings nur erfolgen, wenn eine ambulante Versorgung zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht.

§ 73 Abs. 4
Satz 1, 2 SGB V

Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen. Dies stellt klar, dass bei einem gleichen Heil- oder Linderungserfolg die ambulante ärztliche Versorgung vorrangig ist.

Unter Berücksichtigung der umfassenden Grundsätze des Vertragsrechts (Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit, vgl. § 70 SGB V) ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ einzuschränken, wenn mit einer ambulanten Behandlung größere Risiken oder Qualitätseinbußen verbunden wären. Der Arzt hat damit auch Mitverantwortung für die Entwicklung der Krankenhauskosten. Die Krankenhauskosten stellen den größten Ausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Von daher besteht natürlich ein Interesse, die Strukturen der ambulanten ärztlichen Versorgung zu fördern. Krankenhausbehandlung soll auf unabdingbare Fälle beschränkt werden.



6.3 Besondere Versorgungsformen

6.3.1 Hausarztzentrierte Versorgung

2
sachliche
Prüfung

§ 73b Abs. 1,
4 SGB V

Aufgrund der unter Punkt 6.1 beschriebenen Vorteile einer Stärkung der hausärztlichen Versorgung, hat der Gesetzgeber die sogenannte hausarztzentrierte Versorgung eingeführt. Die Krankenkassen hatten zur flächendeckenden Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung spätestens bis 30. 06. 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens 50 % der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Eine solche Gemeinschaft ist z.B. der Hausärztinnen- und Hausärzterverband (vorher Hausärzterverband, seit 2023 umbenannt), der bundesweit in 18 Landesverbänden organisiert ist.

Ist ein solcher Vertrag zustande gekommen, geht es um einen Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen oder gibt es keine Gemeinschaft, die 50 % der Hausärzte vertritt, können Verträge auch abgeschlossen werden mit:

- vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen
- Gemeinschaften dieser Leistungserbringer
- Trägern von Einrichtungen, die hausarztzentrierte Versorgung anbieten
- Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit diese von den Gemeinschaften der Leistungserbringer ermächtigt sind

§ 73b Abs. 3
SGB V

Die Versicherten verpflichten sich gegenüber ihrer Krankenkasse freiwillig,

ambulante fachärztliche Leistungen, mit Ausnahme augenärztlicher und gynäkologischer Leistungen, nur auf Überweisung des von ihnen gewählten, an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarztes oder der Hausärztin in Anspruch zu nehmen. An die Wahl sind Versicherte mindestens ein Jahr gebunden. Sie dürfen diesen nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Das Nähere regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeerklärungen. Die Satzung der Krankenkasse hat hierzu Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärung zu enthalten.

In Verträgen, die nach dem 31. 03. 2014 zustande kommen, sind Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei deren Nichteinhaltung sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren. Die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit des Vertrages muss spätestens nach vier Jahren belegbar sein. Auf Verlangen der Aufsichtsbehörde sind alle hierzu nötigen Unterlagen vorzulegen sowie Auskünfte zu erteilen.

Die Krankenkasse hat für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, Wahltarife anzubieten. Für Teilnehmende an der hausarztorientierten Versorgung hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, sofern durch den Wahltarif Einsparungen und Effizienzsteigerungen erwartet werden. In diesem Fall müssen die Vergünstigungen der Teilnehmenden mindestens die Hälfte der Einsparungen betragen.

§ 73b Abs. 5,
9 SGB V

§ 53 Abs. 3
SGB V

6.3.2 Besondere Versorgung

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hatte den Krankenkassen ab 01. 04. 2007 die Möglichkeit eröffnet, Verträge zur besonderen ambulanten



ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V zu schließen. Gegenstand dieser besonderen Versorgungsverträge konnten Leistungen des gesamten ambulanten Behandlungsspektrums sein und die Verträge mit einzelnen Vertragsärzten, Gemeinschaften von Vertragsärzten oder auch mit Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden.

Schon vorher hatte der Gesetzgeber mit der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V die Möglichkeit geschaffen, sektorenübergreifende Verträge zur Versorgung der Versicherten abzuschließen, um so die begrenzten finanziellen Mittel der GKV durch eine bessere Verzahnung von Leistungen effizienter zu nutzen. Zur Anschubfinanzierung hatten die Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2008 bis zu 1 % der Vergütung der Vertragsärzte sowie der stationären Krankenhausbehandlung einzubehalten, soweit diese Mittel zur Umsetzung der integrierten Versorgungsverträge erforderlich waren.

§ 140a Abs. 6, § 73b Abs. 7 SGB V
Ab 2009 ist die an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtende Gesamtvergütung analog zu den Vorschriften bei der hausarztzentrierten Versorgung entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen, wenn es zu Überschneidungen mit dem kollektivvertraglichen Leistungsangebot kommt.

§ 140a Abs. 1 SGB V
Der mit dem Versorgungsstärkungsgesetz neu gefasste § 140a SGB V fasst die bisher in den §§ 73a, 73c und 140a geregelten Möglichkeiten der Krankenkassen, Strukturverträge, Verträge über eine integrierte oder eine besondere ambulante ärztliche Versorgung zu schließen, zusammen. Die Verträge, die bis zum Inkrafttreten

der Gesetzesänderung nach den alten Vorschriften geschlossen wurden, galten zunächst fort. Sie wurden allerdings bis zum 31. 12. 2024 durch Verträge nach den neu geregelten Vorschriften ersetzt oder beendet. Mit der Neustrukturierung werden die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen erweitert und bürokratische Hemmnisse wie z.B. bisher erforderliche Satzungsbestimmungen beseitigt.

Die Krankenkassen können Verträge zur besonderen Versorgung z.B. abschließen mit:

- zur Versorgung der Versicherten zugelassenen Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften
- Pharmazeutischen Unternehmen
- Herstellern von Medizinprodukten
- Kassenärztlichen Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen
- Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen
- Privaten Kranken- und Pflegeversicherungen
- Anbietern von digitalen Diensten

Die Verträge können nun auch in Teilbereichen über den Leistungsumfang der Regelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen. Vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits ablehnend bewertete Leistungen dürfen allerdings nicht Gegenstand der besonderen Versorgung sein. Weiterhin muss der Leistungsinhalt der Verträge darauf ausgerichtet sein, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern.

Die Teilnahme der Versicherten an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und muss gegenüber der Kran-

§ 140a Abs. 3 SGB V

§ 140a Abs. 2 SGB V

§ 140a Abs. 4 Satz 1, 2 SGB V



kenkasse schriftlich oder elektronisch erklärt werden. Sie können ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen.

6.3.3 Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP)

Der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausesellschaft und dem GKV-Spitzenverband gebildete Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) legt zu geeigneten chronischen Krankheiten Richtlinien fest für die Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme.

§ 137f SGB V DMP (englische Abkürzung für Disease-Management-Programme) bedeutet wörtlich übersetzt Krankheitsmanagement. Im Mittelpunkt stehen Patienten und Patientinnen, die unter langwierigen, chronischen Erkrankungen leiden. Sie sollen systematisch behandelt und betreut werden, um Folgeerkrankungen zu vermeiden. Die Versorgung chronisch Kranker soll verbessert werden. Die Teilnahme an DMPs ist für Versicherte freiwillig und kostenfrei. Das Bundesgesundheitsministerium hat auf Empfehlung der Ärzte und Krankenkassen im Februar 2002 vier Krankheitsbilder benannt, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollten und die rechtlichen Voraussetzungen hierfür geschaffen.

Ausgewählt wurden die Krankheitsbilder:

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- Asthma/COPD (chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen)
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (KHK)

Der GBA hat den gesetzlichen Auftrag, die Richtlinien zu den strukturierten Behandlungsprogrammen regelmäßig zu überprüfen. So wurde im November 2016 die Aktualisierung der DMP für Diabetes mellitus Typ 1 und KHK beschlossen. Weiterhin wurde ein eigenständiges DMP chronische Herzinsuffizienz (bisher als Modul Herzinsuffizienz im DMP KHK verankert) auf den Weg gebracht.

Weitere Behandlungsprogramme hat der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstrukturgesetz angestoßen. So hat der GBA neue Richtlinien entwickelt für chronische Rückenleiden, Depression, Osteoporose und rheumatoide Arthritis. Auch für die Behandlung von Adipositas hat der G-BA mittlerweile wie vom Gesetzgeber gefordert die Voraussetzungen für ein DMP geschaffen. Für alle diese neuen DMPs müssen aber vor möglichen Einschreibungen noch Verträge erarbeitet und Schulungsprogramme entwickelt werden.

Die von der AOK nach den Qualitätskriterien erstellten DMPs sind dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zur Prüfung und Genehmigung vorzulegen.

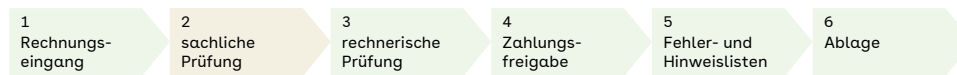
Mit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA) zum 01. 01. 2009 sollte eine noch zielgenauere Umverteilung und versorgungsorientierte Weiterentwicklung des bestehenden Risikostrukturausgleichs erreicht werden. Die Krankenkassen erhielten für jeden Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben.

Diese erhöhte bzw. verringerte sich durch Zu- bzw. Abschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen

§ 137f Abs. 2 Satz 6 SGB V

§ 137g SGB V

§§ 266, 267, 270 SGB V



Versorgungsbedarfs. Neu in diesem Verfahren war die Berücksichtigung des höheren Versorgungsbedarfs bei ausgewählten schwerwiegenden und kostenintensiven chronischen Krankheiten. 80 berücksichtigungsfähige Krankheiten wurden durch das BAS in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Beirat gemäß der gesetzlichen Vorgabe festgelegt.

Mit Wirkung ab 2021 hat der Gesetzgeber mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) den RSA reformiert. Zu den bisherigen Kriterien Alter, Geschlecht und Morbidität wird künftig auch nach regionalen Merkmalen unterschieden und danach, ob die Mitglieder einen Anspruch auf Krankengeld haben. Statt der bisher 80 Krankheiten werden die Zuteilungen aus dem Morbi-RSA über ein Vollmodell mit 300 Krankheiten berechnet. Außerdem wird ein sogenannter Hochrisikopool eingeführt, aus dem besonders hohe Behandlungskosten für einzelne Versicherte ausgeglichen werden.

Sämtliche Indikationen der bestehenden DMP sind im aktuellen Katalog der berücksichtigungsfähigen Krankheiten enthalten. Die Morbiditätszuschläge für die berücksichtigungsfähigen Krankheiten werden unabhängig von der Teilnahme an einem DMP gewährt. Zur Förderung der DMP erhalten die Krankenkassen weiterhin aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen. Diese Programmkostenpauschale legt der GKV-Spitzenverband jedes Jahr neu fest. In den Jahren 2009 und 2010 lag sie bei 180 €. Seither wurde die Pauschale stetig abgesenkt. Im Jahr 2024 erhielten die Krankenkassen mit

141,60 € erstmals wieder eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr für einen ganzjährig ins DMP eingeschriebenen Versicherten zugewiesen. Für 2025 beträgt diese DMP-Programmkostenpauschale 149,16 €.

Welche Vorteile haben DMPs für die Versicherten und für die AOK?

Vorteile für Versicherte:

- Verbesserung der Krankheitssymptomatik
- Vermeidung von Komplikationen
- bessere Krankheitswahrnehmung
- Anstieg der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit
- evtl. Bonuszahlungen (Satzungsregelung)

Vorteile für AOK:

- hochwertige Gesundheitsprogramme
- Bindung der Versicherten durch Zufriedenheit
- langfristige Kosteneinsparungen
- Berücksichtigung im RSA

Am 31. 12. 2023 waren ca. 8,57 Mio. gültige Einschreibungen in einem oder mehreren DMP zu verzeichnen. In den Programmen der AOK waren zu diesem Zeitpunkt ca. 3,45 Mio. Patienten eingeschrieben.

Anregung

Informieren Sie sich unter www.aok.de über den aktuellen Stand der Verträge in Ihrer AOK. Denken Sie daran, betroffene Kunden und Kundinnen zur Teilnahme zu motivieren.

6.3.4 Belegärztliche Behandlung

Eine weitere Möglichkeit zu einer Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen bietet schon seit vielen Jahrzehnten die Behandlung durch

§ 121 Abs. 1
SGB V



	Belegärzte. Das Gesetz gibt niedergelassenen Vertragsärzten/-ärztinnen – nach einem entsprechenden Anerkennungsverfahren – die Möglichkeit, ihre Patienten im Krankenhaus zu versorgen.	wenn die Beschäftigung eines eigenen ärztlichen Dienstes für diese kleinere Abteilung nicht wirtschaftlich wäre. In der Praxis geht es häufig um gynäkologische und HNO-Abteilungen.	
§ 121 Abs. 2 SGB V	Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Belegpatienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen zu versorgen, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.	Die Voraussetzung für die Anerkennung als Belegarzt ergeben sich aus dem Bundesmantelvertrag. Danach darf das Schwergewicht der Gesamttätigkeit nicht in der stationären Tätigkeit, sondern in der ambulanten Versorgung liegen. Die Anerkennung kann mittlerweile auch für mehrere Krankenhäuser ausgesprochen werden. Nicht geeignet ist, wer eine ordnungsgemäße stationäre Versorgung nicht gewährleisten kann. Zu einer ordnungsgemäßen stationären Versorgung gehört auch, dass Wohnung und Praxis des Arztes oder der Ärztin so nahe am Krankenhaus liegen müssen, dass im Notfall eine unverzügliche, ordnungsgemäße Versorgung der ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist.	§ 38 ff. BMV-Ä
§ 121 Abs. 3, 4 SGB V	Die belegärztlichen Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Ab 01. 04. 2007 waren im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Regelungen zur angemessenen Bewertung belegärztlicher Leistungen zu treffen. Hierzu wurde ein eigenes Kapitel für belegärztliche Operationen bzw. den konservativ belegärztlichen Bereich in den EBM aufgenommen. Die Vergütung der Leistungen dieses Kapitels sowie auch die Vergütung belegärztlicher Geburtshilfe erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (vgl. Punkt 9.2 dieses Lernbriefs). Inwieweit die Belegärzte aus ihrer Vergütung dem Krankenhausträger Entschädigungen zu zahlen haben (z.B. für die Inanspruchnahme eines nachgeordneten ärztlichen Dienstes des Krankenhauses) richtet sich nach dem Krankenhausentgeltgesetz.	Außerdem besteht die Pflicht, einen Bereitschaftsdienst für die Belegpatienten vorzuhalten. Über die Anerkennung entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.	
	Es gibt einzelne Krankenhäuser – insbesondere in ländlichen Bereichen – die als reine Belegkrankenhäuser betrieben werden. Dies bedeutet, dass das Krankenhaus keinen eigenen ärztlichen Dienst beschäftigt. Üblicherweise werden jedoch nur einzelne, kleinere Abteilungen an Krankenhäusern als Belegabteilungen betrieben, und zwar insbesondere immer dann,	6.3.5 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung Das Versorgungsstrukturgesetz führte 2012 mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung einen neuen Versorgungsbereich ein. Dieser umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierunter fallen folgende Erkrankungen:	§ 116b Abs. 1 SGB V



- schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (u.a. onkologische Erkrankungen, HIV, Multiple Sklerose etc.)
- seltene Erkrankungen mit entsprechend geringen Fallzahlen (z.B. Tuberkulose, Mukoviszidose, Hämophilie etc.)
- hochspezialisierte Leistungen (wie CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen, Brachytherapie)

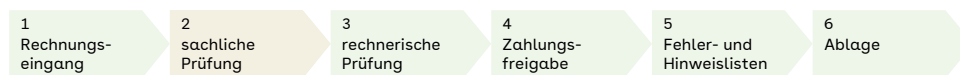
§ 116b Abs. 4 SGB V Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist in seiner Sitzung am 21. 03. 2013 seinem gesetzlichen Auftrag gefolgt und hat die neue Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-RL) beschlossen. Diese Richtlinie bestimmt zunächst den Geltungsbereich und die berechtigten Leistungserbringer und legt allgemeine, personelle, sachliche und organisatorische Anforderungen fest, die für alle in den späteren Anlagen genannten Krankheitsbildern gemeinsam gelten. Jede einzelne der infragekommenden Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen muss der GBA nun über die entsprechenden ICD-Codes konkret benennen und die Behandlungsumfänge sowie die Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssicherung bestimmen. Außerdem muss er spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses für eine Erkrankung die Auswirkungen und mögliche Anpassungen prüfen.

§ 116b Abs. 6 SGB V Die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung werden von den Krankenkassen unmittelbar vergütet; Leistungserbringer haben hierbei die Möglichkeit, eine Kassenärztliche Vereinigung, gegen Aufwendungsersatz, mit der Abrechnung zu beauftragen. Die genauen Regularien zur Vergütung der Leistungen wie

Kalkulationssystematik, die diagnosebezogenen Gebührenpositionen in Euro und den Beginn der Abrechnungsmöglichkeit nach Inkrafttreten des jeweiligen Richtlinienbeschlusses werden zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart.

Dabei werden die Kalkulationssystematik, die diagnosebezogenen Gebührenpositionen in Euro und der Einführungszeitpunkt festgelegt. Die Kalkulation erfolgt dabei auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), (vgl. Punkt 8.1 dieses Lernbriefs) sowie unter Berücksichtigung der anfallenden Sachkosten. Der G-BA hat bis Ende 2023 für folgende Indikationen die jeweilige Richtlinie über die Qualifikations- und Kooperationsanforderungen des Ärzteteams verabschiedet:

- ausgewählte seltene Lebererkrankungen
- chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle
- Gehirntumore und Tumore an peripheren Nerven
- gynäkologische Tumore
- Hämophilie
- Hauttumore
- Kopf-Hals-Tumore
- Lungentumore und Tumore des Thorax
- Marfan-Syndrom
- Morbus Wilson
- Mukoviszidose
- Neuromuskuläre Erkrankungen
- pulmonale Hypertonie
- rheumatische Erkrankungen bei Erwachsenen



- rheumatologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- Sarkoidose
- Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
- urologische Tumore
- Knochen- und Weichteiltumore
- Multiple Sklerose
- Tumore des Auges
- Zentrale Anfallsleiden (Epilepsie)

Die Möglichkeit für Krankenhausärzte sowie niedergelassene Ärzte, Patienten mit bestimmten komplexen oder seltenen Krankheiten sektorenübergreifend zu versorgen, nutzen nach dem Bericht des G-BA zum Stichtag Ende März 2023 bundesweit 777 sogenannte ASV-Teams. Dies bedeutet eine Steigerung von 19,5 % innerhalb eines Jahres. Weiterhin wurden laut G-BA seit Beginn der ASV im Jahr 2013 nunmehr 1.871.544 Quartalspatienten versorgt. Davon wurden allein ca. 730.000 in den letzten vier Quartalen (also 01. 04. 2022 bis 31. 03. 2023) behandelt. Dies zeigt deutlich, dass die lange Zeit schleppend verlaufende Umsetzung der ASV in jüngster Zeit Fahrt aufgenommen hat.

6.4 Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung

2
sachliche
Prüfung

§ 2 Abs. 1
Satz 2,
§ 135 Abs. 1
Satz 1 SGB V,
§ 12 Abs. 1
BMV-Ä

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkassen nur dann erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien deren Anerkennung empfohlen hat und die Leistungen in den einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen wurden. Das geschieht durch die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVB-RL).

Diese Richtlinie sieht drei Anlagen vor. In der Anlage I sind neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufgeführt, die der Gemeinsame Bundesausschuss anerkannt hat. Hierbei handelt es sich beispielsweise um die „LDL-Apherese“. Das ist ein Verfahren zum Ausscheiden von Blutfetten mittels Blutwäsche. Anerkannt ist u.a. auch die substitutionsgestützte Behandlung bei Opiatabhängigen, die Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe sowie die Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen oder auch die Akupunktur bei bestimmten Indikationen.

In der Anlage II sind Leistungen aufgeführt, die der Gemeinsame Bundesausschuss nicht als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anerkannt hat und die folglich nicht als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.

Hierzu gehören beispielsweise verschiedene Sauerstofftherapien, die Hyperthermiebehandlung der Prostata sowie die Extrakorporale Stoßwellentherapie mit Ausnahme der Indikation Fersensporn; diese wurde 2019 Kassenleistung, sofern der Fersenschmerz seit mindestens sechs Monaten besteht und andere Therapiemaßnahmen keine Linderung brachten. Hier geht es darum, Kalkablagerungen (z.B. in den Schultergelenken) oder Probleme an Sehnen und Muskeln mit Stoßwellen zu behandeln.

In der Anlage III können Methoden aufgenommen werden, deren Bewertungsverfahren ausgesetzt ist. Derzeit betrifft dies u.a. die PET bzw. PET/CT bei malignen Lymphomen sowie die Tonsillotomie bei rezidivierender akuter Tonsillitis. Bei diesen Therapien gibt es bisher keine überzeugenden



Belege dafür, dass sie bessere Ergebnisse bringen als die herkömmlichen Behandlungsmethoden. Es gibt allerdings hoffnungsvolle Ansätze; von daher hat der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine endgültige Entscheidung getroffen.

Stattdessen hat er das Bewertungsverfahren ausgesetzt und den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, diese Methode im Rahmen von Modellvorhaben zu erproben. Davon verspricht sich der Gemeinsame Bundesausschuss aussagekräftige wissenschaftliche Unterlagen, um dann eine endgültige Entscheidung treffen zu können.

BSG-Urteil v. 16. 09. 1997, USK 97106

Für bisher nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden kann sich eine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse ausnahmsweise über die Kostenerstattungsregelung des § 13 Abs. 3 SGB V ergeben, wenn die fehlende Anerkennung der Methode im Rahmen der vertraglichen Versorgung auf einem Mangel des gesetzlichen Leistungssystems beruht. Von einem solchen Systemmangel ist auszugehen, wenn bei Vorliegen der formalen und inhaltlichen Voraussetzungen das Anerkennungsverfahren nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wird oder kein Antrag auf Anerkennung durch die Antragsberechtigten (Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband oder ein unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses) gestellt wird und eine Überprüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss angezeigt gewesen wäre, weil insbesondere die indikationsbezogene Wirksamkeit nachgewiesen ist.

Das Versorgungsstrukturgesetz hat hierzu konkretisiert, dass für Versicherte mit lebensbedrohlichen Erkrankungen, bei denen eine dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, die Kosten besonderer Behandlungsmethoden übernommen werden müssen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Möglichkeit auf Heilung besteht.

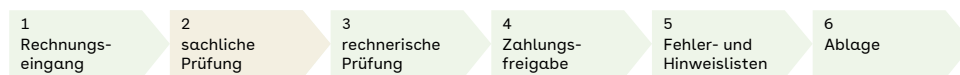
6.4.1 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

In den letzten Jahren bieten die Vertragsärztinnen und -ärzte verstärkt die sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen an. Hierbei handelt es sich um Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören (z.B. weil die Wirksamkeit wissenschaftlich noch nicht nachgewiesen ist oder die Leistung über das Maß des Notwendigen hinausgeht). Bei einem solchen Angebot ist darzulegen, warum die betreffende Leistung für die individuelle gesundheitliche Situation des Patienten empfehlenswert ist.

Wird nach einer entsprechenden Beratung diese IGe-Leistung gewünscht, so ist im Vorfeld ein schriftlicher Behandlungsvertrag abzuschließen. Dieser muss die Leistung genau bezeichnen und sollte Angaben über das voraussichtliche Gesamthonorar enthalten. Im Anschluss an die Behandlung muss schließlich auch eine nachvollziehbare Rechnung ausgestellt werden, die neben der Leistungsbezeichnung auch das Datum der Leistungserbringung und die Ziffern der privatärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) enthält. Nur unter diesen Voraussetzung ist „IGeL“ korrekt erfolgt.

§ 2 Abs. 1a SGB V

§ 630a ff. BGB



Im Zusammenhang mit „IGeL“ häufen sich Anfragen bzw. Beschwerden, weil Versicherte meinen, es handele sich hier um eine vertragsärztliche Leistung.

§ 128 Abs. 5a SGB V Der Gesetzgeber hat dies erkannt und stellt mit dem Versorgungsstrukturgesetz klar, dass die Beeinflussung zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der GKV-Leistung einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellt.

Beispiel

Der AOK-versicherte Michael Turner hat in letzter Zeit verstärkt Probleme beim Lesen. Er geht deshalb zur Augenärztin Dr. Bettina Meyer. Die Untersuchung zeigt, dass Michael Turner eine Brille benötigt. Dr. Meyer stellt eine Bescheinigung mit den Werten für den Optiker aus. Anschließend fordert sie von Michael Turner für einen „Komfort-Sehtest“ 20 €. Die von den Kassen gezahlte Vergütung sei nicht ausreichend, die Brillenbestimmung keine Kassenleistung mehr. Michael Turner wird hiervon etwas überrumpelt und zahlt den Betrag. Im Anschluss kommen ihm allerdings Zweifel, ob dies seine Richtigkeit hat. Er kommt mit der Quittung seiner Augenärztin zu Ihnen.

Folge

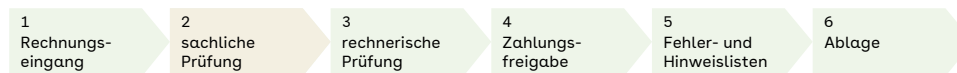
Die Augenuntersuchung mit der daraus folgenden Beurteilung, ob jemand eine Brille benötigt, ist Bestandteil der augenärztlichen Grundpauschale im EBM und gehört somit zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Dr. Meyer darf dies nicht als „IGeL“ abrechnen. Darüber hinaus wurden auch die Regeln für die Abrechnung einer IGe-Leistung nicht eingehalten. Es erfolgte keine Beratung über den Sinn der Leistung. Außerdem wurde im Vorfeld kein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen und auch keine nachvollziehbare Rechnung ausgestellt. Michael Turner hat gegenüber der Ärztin einen privatrechtlichen Anspruch auf Rückerstattung der 20 €.

Anmerkung

Als Service für den Kunden können Sie mit ihm eine Beschwerde aufnehmen und den Fall an die Kassenärztliche Vereinigung weiterleiten. Diese soll auf die Ärztin einwirken, so etwas in Zukunft zu unterlassen und Michael Turner die 20 € zu erstatten.

Merke

Der Umfang der vertragsärztlichen Behandlung richtet sich nach den Vorschriften des SGB V und wird durch den BMV-Ä weiter konkretisiert. Für Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Behandlung kann die AOK keine Kosten tragen.



7 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

2
sachliche
Prüfung

§ 95 Abs. 1
SGB V

§ 95 Abs. 1a
SGB V

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Die medizinischen Versorgungszentren können u.a. von Vertragsärzten, Krankenhäusern, ermächtigten Ärzten, Praxisnetzen oder Kommunen gegründet werden.

Zwischen zugelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. MVZ auf der einen Seite und Ermächtigungen andererseits wird in erster Linie deshalb unterschieden, weil erstere die Zulassung auf Dauer, also ohne zeitliche Begrenzung erhalten. Außerdem unterliegt die Zulassung keinen inhaltlichen Einschränkungen. Ermächtigungen dagegen sind entweder zeitlich oder inhaltlich begrenzt (in aller Regel beides).

Die Notwendigkeit von Ermächtigungen ergibt sich aus dem tragenden Grundgedanken des Vertragsrechts, nach dem eine ärztliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse unter humanen Gesichtspunkten zu gewährleisten ist. Immer dann, wenn die durch zugelassene Ärztinnen oder Ärzte erbrachte Versorgung unter Berücksichtigung des vorgenannten Grundsatzes Lücken aufweist, sind diese Lücken durch Ermächtigungen zu schließen. Hierzu gibt es klare gesetzliche Vorgaben und Grenzen.

Der gesamte Zulassungsbereich ist hoch sensibel. Das ist Folge einiger – auch gesetzlicher – Rahmenbedingungen, die im Widerstreit miteinander liegen. Es handelt sich zum einen um die bewusste politische Vorgabe, nach der die Krankenkassen sich die ärztliche Versorgung quasi en bloc bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzukaufen haben und nicht – ggf. nur bestimmte – Ärzte zur Sicherstellung verpflichten (oder selbst beschäftigen) zu können. Zum anderen wird genau diese Verpflichtung, durch die Möglichkeit, selektive Verträge abzuschließen (vgl. Punkt 6.3.1 und 6.3.2 dieses Lernbriefs), ein Stück weit aufgeweicht.

Es besteht weiterhin die Notwendigkeit, die mengen- und damit kosten-treibenden Auswirkungen von Überkapazitäten im Gesundheitswesen zu begrenzen, ohne mit dem Grundgesetz (Recht auf freie Berufsausübung) zu kollidieren. Aus diesem Grund sind die Voraussetzungen für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sehr stark durch Gesetze und Verordnungen (Zulassungsverordnungen) geregelt.

Die aktuellen Zulassungsverordnungen wurden durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) v. 21. 12. 1992 vorgegeben. Im Rahmen der sehr engen gesetzlichen Vorgaben wirken die Vertragspartner – also die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen – zusammen. Sie bilden Zulassungsausschüsse, die über Zulassungsanträge auf der Grundlage von Zulassungsverordnungen entscheiden.

§ 73b, § 140a
SGB V



Merke

Gemeinsame Ausschüsse bestimmen über die Teilnahme von Ärzten an der Versorgung der Bevölkerung. Neben der Zulassung als Arzt oder Ärztin bzw. Zulassung als medizinisches Versorgungszentrum gibt es die Möglichkeit, Krankenhausärzte oder -institute für Teilbereiche der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen.

am ärztlichen Notfalldienst und das Werbeverbot. Ärzten, die gegen ihre Berufspflichten verstoßen, kann die Approbation entzogen werden. Damit entfällt dann auch die Berechtigung zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. Bei den Ärztekammern sind auch Gutachterkommissionen eingerichtet, die zur Beurteilung ärztlicher Kunstfehler hinzugezogen werden können.

7.1.2 Voraussetzungen für die Zulassung als Vertragsarzt

Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt und jede Ärztin bewerben.

Voraussetzung für eine Zulassung als Vertragsarzt ist zunächst einmal die Approbation als Arzt oder Ärztin. Darüber hinaus muss, wer sich um die Zulassung bewirbt, in ein Arztregister eintragen lassen. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt.

§ 95 Abs. 2
SGB V

Die Eintragung in das Arztregister setzt neben der Approbation den erfolgreichen Abschluss entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung voraus.

§ 95 Abs. 1
SGB V

Weitere Voraussetzungen für die Zulassung ergeben sich aus der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Danach ist vor allen Dingen derjenige für eine Zulassung ungeeignet, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Dies ist u.a. dann der Fall, wenn innerhalb der letzten

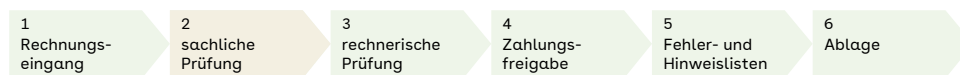
7.1 Zulassung als Vertragsarzt

7.1.1 Ärztliches Berufsrecht

Wer Arzt ist, bestimmt die Bundesärzteordnung, die im Bundesgesetzblatt zu veröffentlichen ist. Die Bundesärzteordnung erlaubt nur solchen Personen das Führen der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“, die als Arzt approbiert (d.h.: staatlich anerkannt) sind oder – im Ausnahmefall – zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs von der zuständigen Behörde befugt wurden. Nur wer im Besitz der Approbation ist, darf den Arztberuf ausüben.

Wem die Approbation zu erteilen ist, richtet sich nach der Approbationsordnung, die ebenfalls im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wird. In der Approbationsordnung ist die ärztliche Ausbildung geregelt. Die Approbation wird von ärztlichen Berufsorganisationen, den Ärztekammern, erteilt. Diese erlassen auch Berufsordnungen, die ethische und inhaltliche Vorgaben zur Ausübung des ärztlichen Berufs enthalten. Hierzu gehört beispielsweise die Verpflichtung zur Verschwiegenheit, zur Fortbildung, zur Teilnahme

2
sachliche
Prüfung



fünf Jahre vor Antragstellung Drogen- oder Alkoholabhängigkeit vorlag (§ 21 Ärzte-ZV)

Für die Ausübung einer vertragsärztlichen Tätigkeit ist auch nicht geeignet, wer wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer beruflicher Tätigkeiten für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung stehen kann (§ 20 Ärzte-ZV).

7.1.3 Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung bestimmt, wo eine Niederlassung erfolgen kann. In der ursprünglich 1993 entwickelten Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist geregelt, wie viele Arztsitze es in einem Stadt- oder Landkreis entsprechend der Bevölkerungszahlen geben darf. Ansatzpunkt der bisherigen Bedarfsplanung war ein Überschuss an Ärzten.

Die Ärztevertreter haben in den vergangenen Jahren erfolgreich einen zunehmenden Ärztemangel, insbesondere bei Hausärzten und in einigen ländlichen Regionen, in die politische Diskussion eingebracht. Bei der Anpassung der Verhältniszahlen in der Bedarfsplanungsrichtlinie muss der G-BA die demographische Entwicklung sowie die Sozial- und Morbiditätsstruktur der jeweiligen Region berücksichtigen.

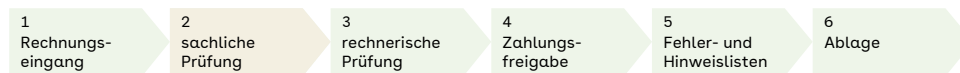
2013 ist die neue strukturierte Bedarfsplanungs-Richtlinie in Kraft getreten. Dabei wird nun zwischen vier verschiedenen Versorgungsebenen unterschieden:

- hausärztliche Versorgung
- allgemeine Fachärztliche Versorgung (Augen-, Frauen-, Nerven-, Hautärzte, Chirurgen, Orthopäden, Urologen, Psychotherapeuten, HNO-Ärzte)
- spezialisierte Fachärztliche Versorgung (Fachinternisten, Anästhesisten, Radiologen, Kinder- und Jugendpsychiater)
- gesonderte Fachärztliche Versorgung (z.B. Strahlentherapeuten, Humangenetiker, Laborärzte)

Nachdem früher für alle Arztgruppen dieselben Planungsbereiche auf Kreis- bzw. Stadtebene galten, werden nun je Versorgungsbereich unterschiedliche Raumgrößen angewendet. Die Hausärzte werden so in kleineren Räumen als bisher auf der Ebene der sogenannten Mittelbereiche geplant. Bundesweit gibt es knapp 900 Mittelbereiche; die Zahl der Planungsbereiche schwankt aufgrund der Möglichkeit, regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Es gilt mittlerweile die bundeseinheitliche Verhältniszahl von einem Hausarzt auf 1.607 Einwohner.

Bei den Ärzten der Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung verbleibt es bei der Planung auf Grundlage von Kreisregionen (aktuell 361). Um den Unterschiedlichkeiten der einzelnen Gebiete Rechnung zu tragen wurden unterschiedliche Kreistypen definiert. Großstädten wird so z.B. eine größere Arztdichte als umliegenden Gebieten zugestanden, da sie diese mitversorgen. Für jede einzelne Arztgruppe und je Kreistyp gibt es eine eigene Verhältniszahl.

§ 101 Abs. 2
Nr. 3 SGB V



8 Verträge im Vertragsarztrecht

Die Ebene der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gliedert sich bundesweit in noch größere Räume (ca. 97 sogenannte Raumordnungsregionen). Die Verhältniszahl orientiert sich hier an den Sollzahlen der alten Bedarfsplanung. Die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung waren bisher gar kein Bestandteil der Bedarfsplanung. Hier wurde der Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung als Planungsbereich definiert und für jede Arztgruppe eine Verhältniszahl festgelegt.

Insgesamt wird mit der neuen Bedarfsplanung das Ziel einer Aufwertung der ländlichen Räume sowie der hausärztlichen und der psychotherapeutischen Versorgung verfolgt. So sind durch die neue Planung in 2013 bundesweit rund 1.000 Hausarztsitze und knapp 1.400 Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten zusätzlich entstanden, insbesondere im ländlichen Raum. Die Länder haben nun ein größeres Mitbestimmungsrecht bei der Bedarfsplanung. Sie können im sogenannten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der den Bedarfsplan aufstellt, mitwirken, einen aufgestellten Bedarfsplan beanstanden und führen die Rechtsaufsicht über den Landesausschuss.

Die Verbände der Krankenkassen haben, begleitend zu den gesetzlichen Vorgaben, ausgestaltende Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu schließen.

Grundlegender Vertrag hierzu ist der Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä), mit dem bundesweit einheitliche Vorgaben geregelt werden. Es wäre nämlich nicht sinnvoll, wenn wesentliche Inhalte der vertragsärztlichen Versorgung in den einzelnen Bundesländern differieren würden.

Ergänzende, landesspezifische Regelungen vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in Gesamtverträgen. Von der Rechtskonstellation her ist der Bundesmantelvertrag allgemeiner Inhalt und damit Bestandteil des (landesbezogenen) Gesamtvertrags.

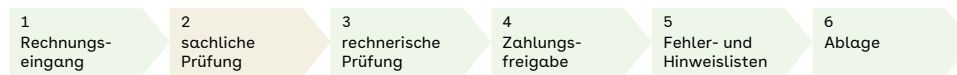
Hierdurch wird sichergestellt, dass die wesentlichen vertraglichen Regelungen in allen Bundesländern gleich sind, während spezielle Regelungsbedürfnisse, insbesondere auch die Vergütungsfrage, den landesspezifischen Bedürfnissen und Erfordernissen angepasst werden können. Bestandteil des BMV-Ä sind u.a. auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, welche die Inhalte der vertragsärztlichen Versorgung konkretisieren. Auch der einheitliche Bewertungsmaßstab ist Bestandteil des Bundesmantelvertrags, der für alle Krankenkassen und Ärzte verbindlich ist.

2
sachliche
Prüfung

§ 72 Abs. 2
SGB V

§ 82 Abs. 1
SGB V

§ 83 SGB V



Wichtige Inhalte des BMV-Ä

§ 1 bestimmt Geltungsbereich und Inhalt. Der Vertrag hat zum Teil sehr umfangreiche Anlagen. Hierzu gehört eine Vereinbarung über alle in der vertragsärztlichen Versorgung zu verwendenden Vordrucke (nach verbindlichen Vorgaben) ebenso wie die Vereinbarungen zur elektronischen Gesundheitskarte.

§ 87 Abs.1
Satz 2 SGB V

§ 2 gibt die Inhalte der vertragsärztlichen Versorgung im Detail wieder. So ist z.B. festgelegt, dass auch das Ausstellen von Bescheinigungen und Erstellen von Berichten zur vertragsärztlichen Versorgung gehört. Das gilt allerdings nur für solche Bescheinigungen und Berichte, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen oder die der Versicherte dem Arbeitgeber für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts vorlegen muss.

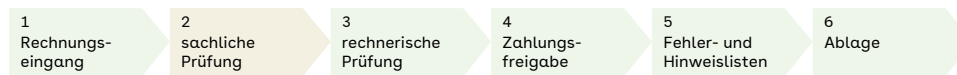
§ 3 listet die Leistungen auf, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind. Hierzu gehören z.B. Bescheinigungen für Privatversicherungen, für andere Leistungsträger sowie Leichenschauschein. Auch Reihen-, Einstellungs-, Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen sind nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und werden dementsprechend von den Krankenkassen nicht bezahlt.

§ 13 verpflichtet die Versicherten, die elektronische Gesundheitskarte bei jeder Inanspruchnahme eines Vertragsarztes vorzulegen. Der Vertragsarzt darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen.

§ 15 Abs. 1 sagt aus, dass jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt verpflichtet ist, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Leistungen nichtärztlicher Mitarbeitende gelten dann als persönliche Leistungen des Arztes, wenn der Arzt oder Ärztin sie angeordnet und fachlich überwacht hat und wenn die nichtärztlichen Mitarbeitenden zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert sind.

§ 16 verpflichtet den Arzt zur Beachtung der Regeln der ärztlichen Kunst unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse sowie zur Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit. Hierauf hat der Arzt seine Behandlungs- und Ordnungsweise auszurichten. Die Vorschrift fixiert noch einmal ausdrücklich, dass die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Ärzte verbindlich sind.

§ 17 Abs. 1, 1a macht wesentliche Vorgaben zur Sprechstunde und zu Besuchsbehandlungen. Danach ist der Arzt gehalten, seine Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung festzusetzen. Der Arzt hat seine Sprechstunden mit festen Uhrzeiten auf einem Praxisschild anzugeben. Bei einem vollen Versorgungsauftrag muss der Vertragsarzt wöchentlich für mindestens 25 Sprechstunden zur Verfügung stehen. Die Hausbesuchszeiten werden auf die Sprechstundenzeiten angerechnet.



§ 17 Abs. 3 bestimmt: Wenn der Vertragsarzt länger als eine Woche an der Ausübung seiner Sprechzeiten verhindert ist (Krankheit oder Urlaub), so hat er dieses der Kassenärztlichen Vereinigung unter Benennung der vertretenen Ärzte mitzuteilen. Auch bei Verhinderung von weniger als einer Woche soll der Arzt dies in geeigneter Weise – z.B. durch Aushang – bekannt geben.

§ 17 Abs. 4 schränkt die Besuchsbehandlung ein. Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereichs kann der Vertragsarzt ablehnen, es sei denn, dass es sich um einen dringenden Fall handelt und ein Vertragsarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist.

§ 17 Abs. 6 sagt aus, dass Besuchsbehandlungen grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes sind. Bei Fachärzten gehören sie ebenfalls zu den Pflichten, wenn ein Hausbesuch wegen einer Erkrankung aus dem entsprechenden Fachgebiet notwendig ist.

§ 18 Abs. 8 sagt aus, dass Vertragsärzte von gesetzlich Krankenversicherten nur dann eine Vergütung fordern dürfen, wenn

- die elektronische Gesundheitskarte vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt wurde und nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nachgereicht wird,
- der Versicherte vor der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dies schriftlich bestätigt,
- es sich um Leistungen handelt, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, der Versicherte vorher diesen Leistungen schriftlich zugestimmt hat und dieser auf seine Pflicht zu Übernahme der Kosten hingewiesen wurde.

Die § 34 ff. regeln die Verwendung von Vordrucken, Bescheinigungen und des Vertragsarztstempels sowie die Verpflichtung des Arztes zur Erteilung von Auskünften.

§ 36 verpflichtet dabei den Vertragsarzt, vereinbarte Vordrucke, kurze Bescheinigungen und Auskünfte ohne besonderes Honorar gegen Erstattung von Auslagen auszustellen, es sei denn, dass eine andere Vergütungsregelung vereinbart wurde.



Merke

Der Bundesmantelvertrag gibt bundesweit einheitliche Vorgaben für die vertragsärztliche Versorgung. Inhalt des Bundesmantelvertrags sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Außerdem macht der Bundesmantelvertrag Vorgaben zur Vergütung der ärztlichen Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab.

Nach GOÄ liquidieren Ärztinnen und Ärzte bei Privatpatienten, aber auch bei Patienten, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt haben. Im Normalfall können Ärzte bei Privatpatienten für persönlich erbrachte Leistungen das 2,3-fache der Gebührenordnung und für technische Leistungen das 1,8-fache der Gebührenordnung abrechnen. In besonderen schwierigen Fällen und mit besonderen Begründungen kann darüber hinaus allerdings bis zum 3,5-fachen der Einzelsätze der privaten Gebührenordnungen liquidiert werden, selbst Liquidationen bis zum 6-fachen sind in Einzelfällen möglich.

8.1 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

2
sachliche
Prüfung

§ 87 Abs. 2
SGB V

Die abrechnungsfähigen Leistungen sind im „einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM) festgelegt. Damit gibt auch der einheitliche Bewertungsmaßstab den Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung vor. Jede im EBM aufgeführte Leistung ist eine im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringbare Leistung (vgl. § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, § 12 BMV-Ä).

§ 87 Abs. 1
Satz 1 SGB V

Der einheitliche Bewertungsmaßstab wird durch die gemeinsame Selbstverwaltung vereinbart, und zwar durch den sogenannten Bewertungsausschuss.

Neben dem EBM für die vertragsärztliche Versorgung gibt es auch Privatgebührenordnungen, nach denen die Ärzte Leistungen der Privatpatienten liquidieren. Hierbei handelt es sich um die amtlichen Gebührenordnungen, in Kurzform GOÄ genannt.

Der EBM enthält mit Ausnahme des Laborkapitels 32 und des Sachkostenkapitels 40 keine Euro-Angaben. Insofern ist die Höhe der Vergütung also aus dem EBM nicht unmittelbar zu entnehmen. Um den EBM bei den jährlichen Vergütungsanpassungen nicht regelmäßig komplett neu festsetzen zu müssen, wird lediglich der Wert der ärztlichen Leistungen in Punkten dargestellt. Die unterschiedliche Bewertung der einzelnen Leistungen entspricht dem wertmäßigen Verhältnis der Leistungsinhalte zueinander.

§ 87 Abs. 2
Satz 1 SGB V

Die Vertragspartner haben den EBM in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen. Eine solche Überprüfung hat der Bewertungsausschuss z. B. zum 01. 04. 2020 abgeschlossen.

§ 87 Abs. 2
SGB V



§ 87 Abs. 2a
Satz 7 SGB V

Um den EBM einer ständigen Weiterentwicklung zu unterziehen, hat der Bewertungsausschuss auch zu prüfen, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können. Als erste telemedizinische Position kam zum 01. 04. 2016 die Kontrolle kardialer Implantate wie z.B. Kardioverter oder Defibrillator neu in den EBM.

Merke

In den Gebührenordnungen sind verbindliche Vorgaben für die Abrechnung von ärztlichen Leistungen gegeben.

8.2 Gesamtverträge

2
sachliche
Prüfung

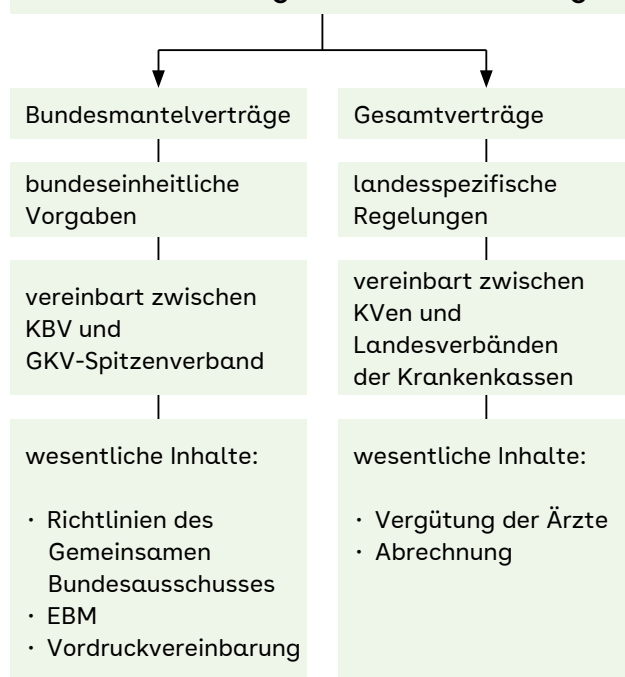
§ 83, § 85
Abs. 1, 2
SGB V

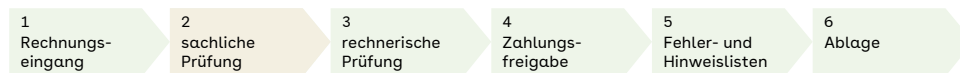
In den landesbezogenen Gesamtverträgen wird insbesondere die Vergütungshöhe zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen vereinbart. Die Landesverbände der Krankenkassen schließen die Gesamtverträge dabei mit Wirkung für alle Krankenkassen der jeweiligen Kassenart.

In vielen Bundesländern werden die Inhalte der vertragsärztlichen Versorgung durch die Gesamtverträge ausgedehnt. So gibt es z.B. Verträge über Schutzimpfungen in der vertragsärztlichen Versorgung sowie zur Verbesserung von Früherkennungsleistungen. Viele Gesamtverträge enthalten ergänzende Regelungen zur Versorgung besonderer Patientengruppen. In einzelnen Ländern gibt es gesamtvertragliche Regelungen zur Feststellung und Behandlung von Gesundheitsschäden als Folge von Umwelteinflüssen.

Auch wenn diese Vereinbarungen sehr unterschiedliche Namen tragen und häufig nicht als Inhalt oder Anlage eines Gesamtvertrags erkennbar sind ist Ihnen allen gemeinsam, dass sie von der rechtlichen Systematik her Bestandteil des jeweiligen Gesamtvertrags zwischen der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung sind.

Die Unterscheidungsmerkmale der Verträge





9 Grundzüge der Vergütungsgestaltung

2 sachliche Prüfung

§ 85 Abs. 1
SGB V

Die Krankenkasse entrichtet für die gesamte vertragsärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung nach Maßgabe des Gesamtvertrags an die Kassenärztliche Vereinigung. Damit vergütet die Krankenkasse quasi die Dienstleistung der Kassenärztlichen Vereinigung, der die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt und die den Krankenkassen gegenüber die Gewähr für eine den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben entsprechende Versorgung übernimmt.

Die Verteilung der Gesamtvergütung vollzieht sich dann im Innenverhältnis zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Vertragsärztinnen und -ärzten.

§ 85 Abs. 2
Satz 1 SGB V

Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Es handelt sich also um landesspezifische Regelungen. Die Höhe der Vergütung kann dementsprechend in den einzelnen Bundesländern abweichen. Das System, nach dem die den Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlende Gesamtvergütung zu berechnen ist, können die Vertragspartner frei vereinbaren.

§ 85 Abs. 2
Satz 2 SGB V

Das Gesetz sieht mehrere Möglichkeiten vor, wie die Gesamtvergütung berechnet werden kann:

- als Festbetrag
- auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabs nach Einzelleistungen
- nach einer Kopfpauschale
- nach einer Fallpauschale
- oder nach einem Mischsystem der o.g. Möglichkeiten

9.1 Pauschalvergütung

Jahrzehntelang haben Pauschalvergütungssysteme – und zwar insbesondere nach Kopfpauschalen – die Vergütung der Ärzte bestimmt. Kopfpauschale bedeutet, dass die Krankenkassen für jeden Versicherten einen bestimmten Vergütungsbetrag pro Jahr zur Verfügung stellen, und zwar unabhängig von der Menge der erbrachten ärztlichen Leistungen.

Ein Problem hat die Pauschalvergütung jedoch nicht verhindern können: Die ständig expandierende Menge, der keine adäquate medizinische Notwendigkeit zugrunde lag. Das wiederum hat zu anders gelagerten Problemen geführt. Eine Pauschalvergütung kann nämlich nur dann funktionieren, wenn ein Vergütungsfaktor nachgiebig ist. Die Gesamtvergütung wird im Vorhinein ausgehandelt. Dadurch kann es bei steigender Menge keinen festen Punktwert mehr geben. Der Punktwert ergibt sich dann jeweils aus dem Verhältnis der ausgehandelten Gesamtvergütung zur abgerechneten – in Punkten dargestellten – Leistungsmenge. Der Punktwert kann den Ärzten also bei Pauschalvergütung immer erst im Nachhinein bekannt gegeben werden.

Die Systematik lautet also:

$$\frac{\text{Gesamtvergütung}}{\text{Punktmenge}} = \text{Punktwert}$$

2 sachliche Prüfung



Beispiel

Die ausgehandelte Gesamtvergütung einer durchschnittlich großen AOK beträgt 1 Mrd. €. Abgerechnet wurden aus der Summe aller in Punkten abgerechneten Leistungen 10 Mrd. Punkte.

Folge

Für die Vergütung steht dann ein Punktwert in Höhe von 10 €-Cent zur Verfügung.

Fortsetzung des Beispiels

Ein chirurgischer Eingriff an Knochen und Gelenken (z.B. eine Meniskusoperation) ist mit 2.639 Punkten bewertet (vgl. EBM Ziffer 31133).

Folge

Die chirurgische Praxis erhält (in dem fiktiven Kopfpauschalensystem) hierfür also eine Vergütung in Höhe von $2.639 \times 10 \text{ €-Cent} = 263,90 \text{ €}$ (abzüglich der Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigung; begleitende ärztliche Leistungen, wie z.B. Anästhesie und Röntgenleistungen werden zusätzlich in gleicher Weise vergütet).

Diese Systematik brachte den Krankenkassen über viele Jahre hinweg Sicherheit. Sie setzte jedoch eine Mengenspirale in Gang. Das hatte folgenden Grund. Eine Praxis, die von Quartal zu Quartal die gleiche Menge an ärztlichen Leistungen erbringt, kann dennoch einen Vergütungsrückgang haben, wenn die Abrechnungsmenge insgesamt steigt. Der Punktwert für die ärztliche Leistung sinkt dann nämlich, wenn die Gesamtvergütung nicht

adäquat steigt. Will die Praxis dagegen ein gleiches Einkommen behalten, muss sie auch mehr Leistungsmenge erbringen. Ansonsten sinken die Praxiseinnahmen.

Durch den ständigen Punktwertverfall wurden die Ärzte kämpferischer und forderten die Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung. Deswegen hat der Gesetzgeber ab dem Jahr 2009 wieder einen Schritt in Richtung Einzelleistungsvergütung getan.

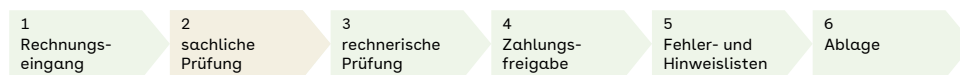
9.2 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) beinhaltet neben zahlreichen Änderungen im Versicherungs-, Beitrags- und Leistungsrecht der GKV auch Veränderungen im Bereich des Vertragsrechts. Ein wesentlicher Reformbaustein stellt die sogenannte Vergütungs- bzw. Honorarreform in der vertragsärztlichen Versorgung, die zum 01. 01. 2009 in Kraft getreten ist, dar.

Inhalt der Vergütungsreform ist die Einführung einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Das bedeutet, dass das Morbiditätsrisiko (Krankheitsrisiko) nicht mehr wie bei der bisherigen Vergütung nach Kopfpauschalen in erster Linie bei den Ärzten, sondern bei den Krankenkassen liegt. Damit entfällt gleichzeitig auch die bisherige Budgetierung der Gesamtvergütung. Die Vergütungsreform wurde schrittweise umgesetzt.

2
sachliche
Prüfung

§ 87a Abs. 1
SGB V



§ 87 Abs. 2b, 2c, 2e SGB V

Bereits zum 01. 01. 2008 war ein neuer EBM in Kraft getreten. Die Leistungen wurden hier stärker pauschaliert. Zum 31. 08. 2008 wurde vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2009 erstmals ein bundeseinheitlicher Punktwert in Höhe von 3,5001 Cent festgelegt, der dann als Orientierungswert für die Landesebene dient.

§ 87a Abs. 2 SGB V

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren jährlich bis spätestens 31. 10. auf der Grundlage des bundesweiten Orientierungswerts einen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden ist. Der Punktwert dieser Vereinbarung multipliziert mit den Bewertungen des EBM ergibt die regionale Euro-Gebührenordnung.

Darüber hinaus können Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden; und zwar insbesondere in Gebieten mit geringerer Arztdichte, um damit Anreize für eine Niederlassung zu schaffen.

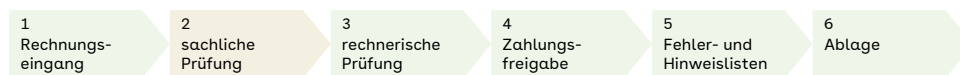
Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, welche von einer Krankenkasse an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlen ist, berechnet sich ab dem Jahr 2009, indem der in Punkten ausgedrückte Behandlungsbedarf aller Versicherten der Krankenkasse mit dem jeweiligen regionalen Punktwert multipliziert wird.

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erhalten die Ärzte weitere Leistungen wie z.B. ambulante Operationen und Dialysesachkosten gesondert mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet (Extrabudgetäre Gesamtvergütung). Im Ergebnis bestimmen jetzt also Morbiditätskriterien die an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende Gesamtvergütung.

Für die Jahre ab 2009 wurde die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung im Wesentlichen noch anhand der Leistungsentwicklung vergangener Jahre (d.h. 2007 bzw. 2008) festgelegt. Die morbiditätsbedingte Steigerung der Leistungsmenge in 2009 gegenüber dem Vorjahr um 5,1% war in erster Linie ein Verhandlungsergebnis, um die politischen Vorgaben einer Anhebung der ärztlichen Vergütungen um mindestens 2,5 Mrd. € gegenüber dem Basisjahr 2007 zu erreichen. Nach Abschluss des Jahres 2009 hatte sich das Gesamthonorar bundesweit sogar um 2,75 Mrd. € auf 30,4 Mrd. € erhöht.

9.2.1 Gesamtvergütung ab 2012

Das Versorgungsstrukturgesetz hat eine Reihe von Bestimmungen aufgehoben, die wesentlich für die Gesamtvergütung ab dem Jahr 2010 waren. So wollte man mit der Einführung ambulanter Kodierrichtlinien die Diagnosequalität verbessern, um so eine Veränderung der Morbidität für künftige Honorarentwicklungen genauer messen zu können. Nach vehementen Protesten der Ärzteschaft wurde dies verworfen. Zunächst wurde auch die Zielsetzung einer Angleichung der Honorare innerhalb der einzelnen Länder aufgegeben.



§ 87a Abs. 4
SGB V

Die Empfehlungen des Bewertungsausschusses, insbesondere zur Veränderung der Morbidität entsprechend den vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen und zur demographischen Entwicklung in den einzelnen Ländern, sind ab 2013 die Grundlage für die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Falls erforderlich, können daneben aber noch weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien z.B. Verlagerung von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor, herangezogen werden.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz werden die Höhe der Vergütung sowie auch die Verteilung der Gelder an die Ärztinnen und Ärzte wieder verstärkt regional entschieden. Auf Bundesebene (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband) werden nur noch die Rahmenvorgaben erstellt.

§ 87b Abs. 1
SGB V

So haben die Kassenärztlichen Vereinigungen nun die Möglichkeit, die Honorarverteilung weitestgehend eigenständig durchzuführen; sie können hierzu die 2009 eingeführte Systematik der Regelleistungsvolumen fortführen, anpassen oder auch komplett neue Regelungen einführen. Die Krankenkassen sind lediglich ins Benehmen zu setzen.

§ 87b Abs. 4
SGB V

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt entsprechende Rahmenvorgaben zur Honorarverteilung.

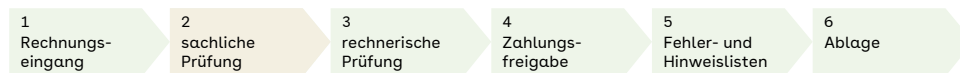
9.3 Kostenerstattung

Nach § 13 Abs. 2 SGB V können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung für ärztliche Behandlung wählen. Kostenerstattung hat die Krankenkasse auch in all den Fällen zu leisten, in denen eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht werden konnte, die der Versicherte sich selbst beschafft hat. Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn Ärztinnen oder Ärzte Leistungen im Sachleistungssystem ablehnen und Behandlung nur im Wege der Kostenerstattung akzeptieren.

Von daher ist nach den Regelungen des Gesamtvertrags zu prüfen, ob nach Gesetz und Satzung gewährte Kostenerstattungen der Kassenärztlichen Vereinigung zur Anrechnung auf die Gesamtvergütung zu melden sind.

2
sachliche
Prüfung

§ 13 Abs. 3
SGB V



10 Anspruchsnachweis über elektronische Gesundheitskarte

2 sachliche Prüfung

§ 291 SGB V

Die bisherige Krankenversichertenkarte wurde schrittweise seit Ende 2009 von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) abgelöst. Zunächst enthielt die eGK dabei lediglich die Stammdaten wie Name, Versicherungsnummer, Adresse, Geburtsdatum etc. sowie zusätzlich ein Bild des Versicherten. Die Vollaussstattung der AOK-Versicherten konnte nach Vorgabe der gesetzlichen Verpflichtung zum 01. 01. 2015 erreicht werden.

Seither gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte (eGK) als Anspruchsnachweis. Mit dem e-Healthgesetz wurden 2016 u. a. auch die Begrifflichkeiten angepasst und die bis dahin noch im Gesetzestext verankerte „Krankenversicherungskarte“ durch „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt.

§ 291 Abs. 1,
§ 291a Abs. 7
SGB V

Die Krankenkasse stellt für jeden Versicherten eine eGK aus. Die Karte ist vom Versicherten zu unterschreiben bzw. bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres von deren gesetzlichen Vertreter. Sie darf nur für den Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Abrechnung mit den Leistungserbringern verwendet werden.

§ 291 Abs. 4
SGB V

Die Karte gilt für die Dauer der Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung bei der ausstellenden Krankenkasse und ist nicht übertragbar. Die Krankenkasse kann die Gültigkeit der Karte befristen.

Bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei Kassenwechsel ist die Karte der bisherigen Krankenkasse zu übergeben. Welche Daten die eGK enthalten muss, ist im § 291a Abs. 2 SGB V abschließend aufgezählt.

Die eGK ist der Praxis vor Behandlungsbeginn vorzulegen. In dringenden Fällen, also in akuten Behandlungsfällen, kann die Karte aber nachgereicht werden.

§ 15 Abs. 2, 5
SGB V

Wenn die eGK vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt und auch nicht innerhalb von zehn Tagen nachgereicht wird, darf der Arzt oder die Ärztin eine Vergütung verlangen und eine Privatrechnung ausstellen.

§ 18 Abs. 8
BMV-Ä

Eine entsprechende Vergütung ist zurückzuzahlen, wenn dem Vertragsarzt bis zum Ende des Kalendervierteljahres eine gültige elektronische Gesundheitskarte bzw. ein anderer gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt wird.

§ 18 Abs. 9
BMV-Ä

Merke

Die eGK ist vor Beginn der ärztlichen Behandlung vorzulegen. Ansonsten kann der Arzt oder die Ärztin in bestimmten Fällen eine Privatvergütung fordern. Die AOK unterstützt die Praxis bei der Beschaffung gültiger Behandlungsausweise.

Die erste Ausgabe der eGK bei Beginn einer neuen Versicherung ist für den Versicherten kostenfrei. Das gilt auch, wenn eine neue Ausgabe aus Gründen nötig wird, die der Kunde nicht verschuldet hat (z.B. Ablauf der Gültigkeit der bisherigen Karte).

§ 15 Abs. 6
Satz 1, 3
SGB V



Muss die Karte jedoch aus Gründen neu ausgestellt werden, die der Versicherte zu vertreten hat (z.B., weil er seine Karte aus Unachtsamkeit schon mehrmals verloren hat), kann die AOK eine Gebühr in Höhe von 5 € hierfür erheben. Diese Gebühr leisten auch Familienversicherte. In der Regel ist es sehr schwierig, ein Verschulden nachzuweisen. Erkundigen Sie sich deshalb in Ihrer AOK über die Abwicklungsmodalitäten bei Neuausstellung einer eGK.

Die AOK kann für Familienversicherte die Ausstellung der eGK davon abhängig machen, dass das Mitglied die notwendigen Angaben für die Feststellung und Durchführung der Familienversicherung gemacht hat. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Familienversicherung bearbeiten“.

Was passiert in der Arztpraxis mit der eGK? Die Daten der Karte werden mit einem besonderen Lesegerät maschinell in das Praxisverwaltungssystem übertragen. Anschließend können Abrechnungen erstellt oder Vordrucke (z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder Verordnungen von Heilmitteln) angefertigt werden.

§ 291a
Abs. 2 bis 4
SGB V

Die eGK soll mit Anwendungen in elektronischer Form wie einem Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, dem Arztbrief, dem Medikationsplan, der Patientenakte, dem Notfallmanagement und auch dem E-Rezept, zu einer besseren medizinischen Versorgung beitragen, die Kommunikation zwischen allen Beteiligten verbessern und für mehr Effizienz der Abläufe im Gesundheitswesen sorgen. Die auf der eGK gespeicherten Daten müssen für eine maschinelle Übertragung im Rahmen der vertragsärztlichen Abrech-

nung sowie für die vertragsärztlichen Vordrucke geeignet sein. Sie bietet mit der Vernetzung der Leistungserbringer mit den Krankenkassen die Chance für eine zielgenauere und letztlich kostengünstigere Versorgung der Versicherten. Die Komplexität des Vorhabens hat in der Vergangenheit immer wieder zu erheblichen Verzögerungen in der Zeitplanung geführt.

Seit Mitte 2018 ist eine Online-Prüfung des Versicherungsschutzes und die Aktualisierung der Versichertenstammdaten möglich. Die Praxen müssen hierzu an die technische Infrastruktur (TI) angebunden sein. Das sogenannte Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) soll für aktuelle Daten in den Arztpraxen sorgen und gleichzeitig vor Leistungsmissbrauch zu Lasten der Beitragszahler schützen. Wird das VSDM vom Arzt nicht durchgeführt, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab dem 01. 03. 2020 pauschal um 2,5 % zu kürzen.

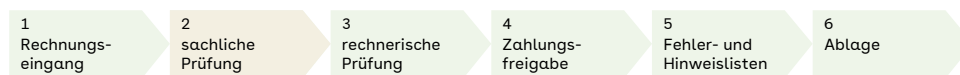
Ab dem 01. 01. 2021 haben die Krankenkassen den Versicherten eine elektronische Patientenakte als versichertengeführte elektronische Akte zur Verfügung zu stellen. Darin können u.a. Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, sonstige medizinischen Informationen, der elektronische Medikationsplan und Notfalldaten eingestellt werden.

Allerdings hatten sich auch nach mehr als zwei Jahren weniger als 1% der Versicherten für eine elektronische Patientenakte (ePA) registriert. Um eine flächendeckende Einführung und damit die Ziele der ePA zu erreichen, hat die Ampelkoalition deshalb mit dem Gesetz zur Beschleunigung im Gesundheitswesen (Digital-Gesetz) die Umstellung auf das Opt-out-Verfahren beschlossen. Dies bedeutet: alle Ver-

§ 291b
Abs. 5
SGB V

§ 341 Abs. 1
Satz 1, § 342
Abs. 1 SGB V

§ 341 Abs. 2
SGB V



sicherten erhalten ab dem 15. 01. 2025 eine ePA, es sei denn, sie widersprechen. Angedacht ist ein mehrstufiges Verfahren: Für alle Versicherten wird automatisch eine ePA angelegt, wenn sie nicht widersprechen. Danach kann sie von Krankenkassen und Ärzten befüllt und in der dritten Stufe auch eingesehen werden.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihre Versicherten vor Bereitstellung der ePA ausführlich über diese zu informieren. Danach haben sie sechs Wochen Zeit zu widersprechen. Übrigens können die Versicherten auch nach Anlage der ePA bei ihrer Krankenkasse der Nutzung widersprechen.

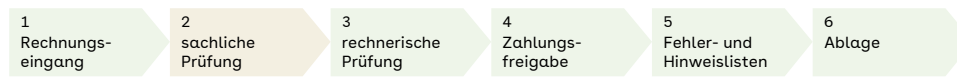
§ 291 Abs. 8
Satz 1 SGB V

Spätestens seit dem 1. Januar 2024 stellen die Krankenkassen den Versicherten ergänzend zur elektronischen Gesundheitskarte auf Verlangen eine sichere digitale Identität für das Gesundheitswesen barrierefrei zur Verfügung. Diese für Versicherte freiwillige Anwendung soll den Zugang zu Online-Gesundheitsanwendungen erleichtern. Es wird dadurch möglich, sich künftig über ein Smartphone in Apps wie das elektronische Rezept (E-Rezept) oder die elektronische Patientenakte (ePA) einzuloggen. Eine weitere Nutzungsmöglichkeit ist die Authentisierung für Anwendungen im Gesundheitswesen, so z.B. zur Nutzung einer Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) oder einer Videosprechstunde.

Ab dem 1. Januar 2026 dient die digitale Identität nach Satz 1 in gleicher Weise wie die elektronische Gesundheitskarte zur Authentisierung des Versicherten im Gesundheitswesen und als Versicherungsnachweis. Patienten sollen dann keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) mehr benötigen, sondern sich mit ihrer digitalen Identität in der Praxis ausweisen können.

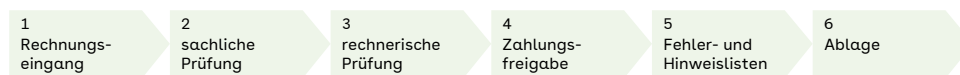
Um beim Einsatz von digitalen Identitäten Missbrauch zu verhindern, ist eine 2-Faktor-Authentifizierung vorgesehen. Die aktuellen Planungen sehen die Anmeldung über die Onlineausweisfunktion des Personalausweises oder über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) mit PIN vor.

§ 291 Abs. 8
Satz 2 SGB V



11 Fehlverhalten im Gesundheitswesen

2 sachliche Prüfung	<p>Betrug und Korruption fügen der gesetzlichen Krankenversicherung große finanzielle Schäden zu.</p>	<p>Ergibt die Prüfung, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte, ist unverzüglich die Staatsanwaltschaft zu unterrichten.</p>	<p>§ 197a Abs. 4 SGB V</p>
§ 197a Abs. 1 SGB V	<p>Bei den Krankenkassen, ihren Verbänden und beim GKV-Spitzenverband wurden deshalb Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet. Diese gehen allen Fällen nach, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechts- bzw. zweckwidrige Verwendung von Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung hindeuten.</p>	<p>Beispiele für ein solches Fehlverhalten:</p> <ul style="list-style-type: none">• Abrechnung nicht erbrachter Leistungen• Abrechnung nicht persönlich erbrachter Leistungen• Abrechnung anderer als der tatsächlich erbrachten Leistungen• Rezeptfälschung• Nichtweitergabe von gewährten Rabatten	
§ 197a Abs. 3 SGB V	<p>Zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe haben die Ermittlungsstellen sowohl untereinander als auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammenzuarbeiten.</p>		



12 Zusammenfassende Selbstkontrolle

Begründen Sie alle Lösungen nach der Drei-Schritt-Methode.

1. Sachverhalt

Hubert Peinlich ist Kunde Ihrer AOK. Wegen Kalkablagerungen in der Schulter ist er bei dem Orthopäden, Dr. Markus Schneider, in Behandlung. Die Kalkablagerungen verursachen erhebliche Schmerzen und beeinträchtigen die Bewegungsfähigkeit der Arme erheblich.

Dr. Markus Schneider ist zugelassener Vertragsarzt und erklärt Hubert Peinlich, dass er zwischen einer Operation oder einer völlig neuen Behandlungsmethode wählen könne. Die Alternativen wären folgende:

1. Dr. Markus Schneider könne Hubert Peinlich nach der bisher allseits angewandten Methode operieren lassen. Das sei mit den üblichen Beeinträchtigungen einer Operation verbunden. Es seien einige Tage Krankenhausaufenthalt erforderlich und es bestünde die Möglichkeit postoperativer Schmerzen. Er rate von dieser veralteten Methode ab. Die gesetzliche Krankenversicherung sei nicht auf dem neuesten Stand und würde „Billigmedizin“ bieten.

Darüber hinaus sei die konventionelle Methode mit Risiken verbunden. Es habe in Einzelfällen nach Operationen sogar schon einmal Versteifungen des Schultergelenks gegeben. Wenn sich Hubert Peinlich für die Operation entschlöße, könne er jedoch recht bald ins Krankenhaus aufgenommen werden.

2. Dr. Markus Schneider selbst setze eine andere Behandlungsmethode ein.

Es geht um die sogenannte Extrakorporale Stoßwellentherapie, in Fachkreisen kurz ESWT genannt. Mit Ultraschall würden die Kalkablagerungen in den Schultergelenken zertrümmert. Hubert Peinlich müsse in diesem Fall nicht ins Krankenhaus und sei voraussichtlich wieder deutlich schneller arbeitsfähig. Insgesamt sei diese Methode also erheblich kostengünstiger. Die Kosten der Behandlung in Höhe von 920 € müsse Hubert Peinlich vorstrecken, aber seine Krankenkasse würde ihm diese Kosten erstatten.

Dass die Methode wissenschaftlich nicht anerkannt und vom Gemeinsamen Bundesausschuss sogar abgelehnt worden ist, verschweigt Dr. Markus Schneider gegenüber Hubert Peinlich.

Aufgabe 1.1

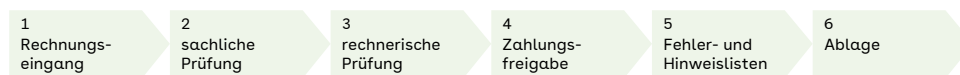
Stellen Sie fest, ob die Informationen über die Qualität der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung korrekt sind und die Verhaltensweise von Dr. Markus Schneider zulässig ist.

Fortsetzung des Sachverhalts

Hubert Peinlich wählt die Extrakorporale Stoßwellentherapie und kommt nach seiner Behandlung in die AOK-Geschäftsstelle. Er spricht bei Ihnen vor und bittet Sie, ihm die Kosten in Höhe von 920 € zu erstatten.

Aufgabe 1.2

Beurteilen Sie, ob Dr. Markus Schneider von Hubert Peinlich eine Vergütung verlangen durfte und ob Hubert Peinlich die ihm entstandenen Kosten von der AOK erstattet bekommt.



Aufgabe 1.3

Beschreiben Sie, welche weiteren Maßnahmen von der AOK zu ergreifen sind.

2. Sachverhalt

Liesel Knoll hat die Facharztausbildung erfolgreich beendet. Sie möchte sich nun als Ärztin für Neurologie und Psychiatrie an ihrem ländlichen Wohnsitz niederlassen. Da Sie Liesel Knoll schon während des Studiums als AOK-Kundin betreut haben, wendet sie sich nach ihrer Ausbildung nun an Sie und fragt, welche Schritte sie veranlassen muss, um als Vertragsärztin für die AOK tätig werden zu können.

Aufgabe 2.1

Nennen Sie stichwortartig die Voraussetzungen für ihre Zulassung als Ärztin mit Angabe der jeweiligen Rechtsvorschriften.

Aufgabe 2.2

Stellen Sie die wesentlichen Unterschiede zwischen „Arzt“ und „zugelassenem Arzt“ in wenigen Sätzen ohne Angabe von Rechtsvorschriften dar.

3. Sachverhalt

Ernst Klein ist Kunde der AOK, in der Sie in der Kundenberatung tätig sind. Er spricht bei Ihnen vor und teilt ihnen mit, dass er inzwischen mehrere Vertragsärzte wegen einer ambulanten Sterilisationsoperation aufgesucht hat. Sein Hausarzt hat festgestellt, dass diese Sterilisation krankheitsbedingt dringend erforderlich ist. Mehrere Ärzte haben sich geweigert, die Sterilisation durchzuführen. Es gibt unter den Urologen einen abgestimm-

ten Beschluss, dass man diese Leistung nicht mehr erbringen will, da die Vergütung durch die Krankenkassen zu gering ist.

Er hat jetzt einen zugelassenen Urologen gefunden, Dr. Joseph Kurz, der sich bereit erklärt hat, diese Operation durchzuführen. Allerdings möchte er Ernst Klein als Privatpatient behandeln.

Ernst Klein bittet Sie nun um Ihre Zusage, dass die Kosten für diese Operation von der AOK übernommen werden. Er ist jedoch unter Berücksichtigung der speziellen Satzungsregelung der AOK nicht bereit, vom Grundsatz her die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V zu wählen.

Hinweis zu den Aufgaben 3.1 und 3.2

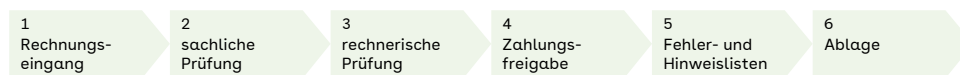
Begründen Sie alle Lösungen nach der Drei-Schritt-Methode.

Aufgabe 3.1

Beurteilen Sie, ob die AOK die Kostenerstattung ohne Weiteres zusagen kann oder welche weiteren Maßnahmen von der AOK vorher zu ergreifen sind.

Fortsetzung des Sachverhalts

Gehen Sie davon aus, dass die Kassenärztliche Vereinigung nicht rechtzeitig einen niedergelassenen Arzt in ihrem Bezirk gefunden hat, der bereit war, die Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen. Auch umliegende Krankenhäuser erbringen diese Leistung nicht. Die Operation wurde deshalb von Dr. Joseph Kurz im Rahmen der privatärztlichen Behandlung vorgenommen.



Aufgabe 3.2

Beurteilen Sie die Kostenübernahme der privatärztlichen Behandlung und was zu bedenken ist, wenn die Kosten von der AOK übernommen werden.

4. Sachverhalt

Dr. Lukas Müller ist niedergelassener Vertragsarzt und hat folgenden Ausgang in seiner Praxis:

„Liebe Patienten,

alle bei einer gesetzlichen Krankenkasse versicherten Patienten können Kostenerstattung wählen. Dies bedeutet, dass der Arzt nicht unmittelbar mit der Krankenkasse abrechnet. Vielmehr erhalten Sie eine Liquidation, die Sie Ihrer Krankenkasse mit der Bitte um Kostenerstattung einreichen. In der Höhe wird sich die Privatliquidation nicht wesentlich von den Beträgen unterscheiden, die Ihnen Ihre Krankenkasse erstattet.

Ich freue mich über jeden Patienten, der von dieser wesentlich moderneren Abrechnungsform Gebrauch macht.“

Hubert Freundlich ist Mitglied der AOK und wählt Kostenerstattung. Er erhält von Dr. Lukas Müller eine Privatliquidation über 126 € für Leistungen, die nach dem EBM zur vertragsärztlichen Versorgung gehören.

Hubert Freundlich spricht bei seiner AOK vor. Diese stellt fest, dass nach Vertragssätzen 115 € erstattungsfähig sind.

Hinweis zu den Aufgaben 4.1 und 4.2

Fassen Sie Lösung und Begründung zusammen mit Angabe der Rechtsvorschriften.

Aufgabe 4.1

Ist der Praxisaushang von Dr. Lukas Müller zu beanstanden?

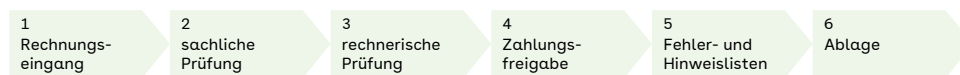
Aufgabe 4.2

Was ist neben der Erstattung der Kosten an den Versicherten zu beachten?

Aufgabe 5

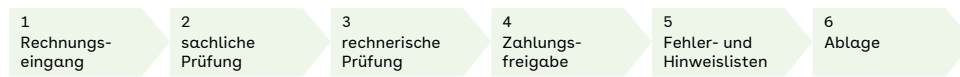
Stellen Sie anhand der Vorschriften des § 73 SGB V bzw. des BMV-Ä fest, ob die jeweilige Tätigkeit Bestandteil der ärztlichen Behandlung ist, deren Kosten die AOK im Rahmen der Krankenbehandlung übernimmt, und vervollständigen Sie die Tabelle auf den folgenden Seiten.

6.8 · Ärztliche Behandlung – Ausgaben prüfen, anweisen, ablegen

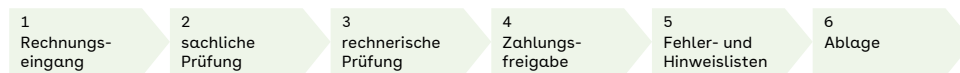


Tätigkeit	ja	nein	Rechtsquelle
ärztliche Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft			
Einstellungsuntersuchung: es soll festgestellt werden, ob ein Bewerber um einen Arbeitsplatz als Linienflugpilot uneingeschränkt tauglich ist			
ärztliche Behandlung für einen Patienten, der an den Folgen eines Arbeitsunfalls bzw. einer Wehrdienstverletzung leidet			
gesichtschirurgische Behandlung durch einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen			
Krankengymnastik durch eine Krankengymnastin, die beim Orthopäden angestellt ist; die Behandlung wurde von ihm angeordnet			
Ausstellung eines Totenscheins zur Vorlage beim Standesamt			
Tauglichkeitsuntersuchung, wird vom Segelsportclub für die Aufnahme in den Club und die Benutzung der Motorsegler gefordert			
Reihenuntersuchung von Bergarbeitern, um die Lungenbelastung durch Kohlenstaub festzustellen			
ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft			
ärztliche Behandlung im Rahmen einer zeitlich begrenzten vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus			
Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von Behandlungen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen			

6.8 · Ärztliche Behandlung – Ausgaben prüfen, anweisen, ablegen



Tätigkeit	ja	nein	Rechtsquelle
Untersuchung eines Patienten im Auftrag des Rentenversicherungsträgers zur Feststellung, ob Erwerbsminderung vorliegt			
Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung			
ärztliche Untersuchung zur Feststellung der Wehrtauglichkeit eines Patienten			
Ausstellen einer Bescheinigung für den Medizinischen Dienst (MD)			
Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung			
Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit			
Ausstellen einer Tauglichkeitsbescheinigung für einen Berufstaucher			
ambulant durchgeführte Operationen im Krankenhaus			
Ausstellen einer Bescheinigung über die Notwendigkeit von Haushaltshilfe			
Ausstellen einer Bescheinigung für den Arbeitgeber, dass eine Lebensmittelkäuferin frei von ansteckenden Krankheiten ist			
Bescheinigung über die Dauer eines Krankenhausaufenthalts für die private Krankenhaustagegeldversicherung			
ärztliche Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- und Empfängnisfähigkeit			
Maßnahmen zum Schwangerschaftsabbruch, zur Sterilisation und zur Empfängnisregelung soweit die Leistungspflicht nicht durch gesetzliche Regelungen ausgeschlossen ist			
Verordnung häuslicher Krankenpflege			



13 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

Lösung zu 1.1

Die Informationen sind nicht korrekt und die Verhaltensweise von Dr. Markus Schneider ist nicht zulässig.

Begründung

§ 70 Abs. 1, § 72 Abs. 2, § 95 Abs. 3 Satz 3 SGB V

[hier:]

Dr. Markus Schneider ist zugelassener Vertragsarzt. Er sagt Hubert Peinlich, die gesetzlichen Krankenkassen würden nur „Billigmedizin“ bieten.

[also:]

Die Auskunft von Dr. Markus Schneider ist falsch, weil die AOK ihren Kunden Leistungen nach dem anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse zur Verfügung stellt. Da Dr. Markus Schneider zugelassener Vertragsarzt ist, muss er seine Pflichten aus dem Vertrag erfüllen.

§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V, § 12 Abs. 1 BMV-Ä, MVV-RL, Anlage II, Pkt. 23

[hier:]

Die ESWT ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode anerkannt und somit nicht in den EBM aufgenommen worden.

[also:]

Die ESWT darf deshalb nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden.

§ 76 Abs. 4 SGB V, § 13 Abs. 8 Satz 1 BMV-Ä

[hier:]

Dr. Markus Schneider hat Hubert Peinlich unvollständig informiert, weil er ihn nicht darauf hingewiesen hat, dass die ESWT nicht in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt ist. Er hat auch insofern falsch informiert, als er Hubert Peinlich sagte, dass die AOK ihm die Kosten erstatten würde.

[also:]

Dr. Markus Schneider hat Hubert Peinlich irregeführt und damit gegen bürgerlich-rechtliche Sorgfaltpflichten und somit auch gegen seine vertragsärztlichen Pflichten verstoßen.

Lösung zu 1.2

Dr. Markus Schneider durfte keine Vergütung von Hubert Peinlich verlangen. Vom Grundsatz her darf die AOK ihm die Kosten nicht erstatten.

Begründung

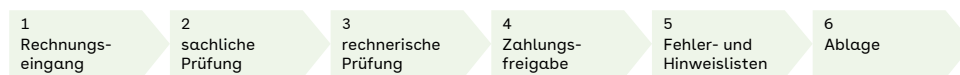
§ 18 Abs. 8 Nr. 2, 3 BMV-Ä

[hier:]

Hubert Peinlich ist Kunde der AOK und hat von sich aus nicht den Wunsch geäußert, privat behandelt zu werden. Dr. Markus Schneider hat ihn nicht darüber informiert, dass die Behandlung kein Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Außerdem wurde er nicht darauf hingewiesen, dass er mit den Kosten aus der Behandlung belastet bleibt.

[also:]

Dr. Markus Schneider hat Hubert Peinlich nicht objektiv informiert. Er darf keine Vergütung von Hubert Peinlich fordern.



§ 13 Abs. 2 SGB V

[hier:]

Hubert Peinlich bittet, die ihm entstandenen Kosten, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, zu erstatten.

[also:]

Eine Erstattung der Kosten für die ESWT ist ausgeschlossen, weil die ESWT keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Es ist unerheblich, ob Hubert Peinlich Kostenersatzung gewählt hat. Selbst in diesem Fall dürften nur die Kosten für vertragsärztliche Leistungen erstattet werden.

§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V

[hier:]

Die Behandlung von Hubert Peinlich konnte rechtzeitig im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach wissenschaftlich anerkanntem Stand als Operation im Krankenhaus durchgeführt werden.

[also:]

Eine Erstattung der Kosten durch die AOK ist somit grundsätzlich nicht möglich.

Hinweis

Allerdings ist unter besonderer Berücksichtigung des Einzelfalls eine andere Lösung denkbar:

Die falsche ärztliche Verhaltensweise, die gegen vertragliche und gesetzliche Pflichten verstößt, darf nicht zu einer Belastung des AOK-Kunden führen.

Der Arzt hat den Patienten falsch informiert und somit gegen vertragliche Pflichten verstoßen. Deshalb wäre im Einzelfall zu prüfen, ob die AOK die Kosten erstattet und über die Kassenärztliche Vereinigung verrechnet.

Lösung zu 1.3

Die AOK hat die Kassenärztliche Vereinigung zu informieren, um den Arzt zur Erfüllung seiner vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten.

Begründung

§ 95 Abs. 3 Satz 1, 3 SGB V

[hier:]

Dr. Markus Schneider ist als Orthopäde für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen. Die gesetzlichen und vertragsärztlichen Vorgaben sind für ihn verbindlich.

[also:]

Dr. Markus Schneider darf Versicherte nicht in fälschlicher Weise informieren.

§ 75 Abs. 2 SGB V, § 18 Abs. 8 Nr. 2, 3 BMV-Ä

[hier:]

Dr. Markus Schneider verstößt gegen seine vertragsärztlichen Pflichten und drängt Hubert Peinlich zu einer Privatbehandlung mit der Folge der privatärztlichen Rechnung.

[also:]

Die Kassenärztliche Vereinigung hat ihn zur Erfüllung seiner vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten.



Lösung zu 2.1

- Approbation als Ärztin und erfolgreichen Abschluss einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer fachärztlichen Weiterbildung sowie Eintrag im Arztregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 95a Abs. 1 – 3, § 95 Abs. 2 SGB V)
- keine geistigen oder in der Person liegenden schwerwiegenden Mängel (§ 21 Ärzte-ZV)
- es liegt kein anderweitiges Beschäftigungsverhältnis vor (§ 20 Ärzte-ZV)

Lösung zu 2.2

Arzt

Arzt ist die Berufsbezeichnung. So darf sich nur nennen, wer die staatliche Anerkennung (Approbation) erhält. Diese erfolgt nach der ärztlichen Ausbildung und wird von den Ärztekammern erteilt. Wer im Besitz der Approbation ist, darf sich als Arzt niederlassen. Der Ort der Niederlassung ist frei wählbar. Nach der Approbation besteht jedoch nicht automatisch eine Berechtigung, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen.

Zugelassener Arzt

Zugelassene Ärztinnen und Ärzte sind berechtigt und gleichzeitig verpflichtet, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Verträge des Vertragsarztrechts sind für sie verbindlich. Sie sind im Besitz der Approbation und im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung eingetragen sowie Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung. Die Wahl des Niederlassungsorts ist

eingeschränkt, weil es für den Ort der Niederlassung einer Zulassung bedarf. Bei Praxisverlegung ist eine erneute Zulassung notwendig.

Lösung zu 3.1

Die AOK kann Ernst Klein die Kosten nicht ohne Weiteres erstatten. Sie hat zunächst zu klären, ob die Operation durch andere Urologen oder ein Krankenhaus in zumutbarer Zeit erbracht werden kann.

Begründung

§ 13 Abs. 2 SGB V

[hier:]

Ernst Klein ist Versicherter der AOK und kann deshalb vom Grundsatz her Kostenerstattung wählen. Allerdings lehnt Ernst Klein die Kostenerstattung aufgrund der speziellen Satzungsregelung der AOK ab.

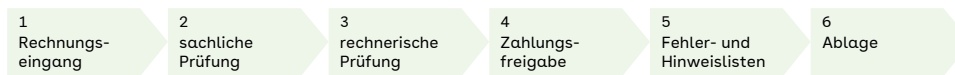
[also:]

- Eine Kostenerstattung ist nicht möglich, wenn sich Ernst Klein privat behandeln lässt.

§ 75 Abs. 1 Satz 1, § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 11, § 24b Abs. 1 Satz 1 SGB V

[hier:]

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wurde die bei Ernst Klein erforderliche Sterilisationsoperation nicht durchgeführt. Es handelt sich hierbei um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Offenbar ist durch einen abgestimmten Beschluss der Urologen die vertragsärztliche Versorgung in einem bestimmten Segment (ambulante Sterilisationsoperationen) nicht mehr sichergestellt.



[also:]

Die Kassenärztliche Vereinigung sollte unter Hinweis auf deren Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag zu einer unverzüglichen Mitteilung aufgefordert werden, welche Vertragsärzte in zumutbarer Entfernung ambulante Sterilisationsoperationen durchführen.

Hinweis

Auch Krankenhäuser können ambulante Operationen nach § 115b SGB V erbringen. Über diese Möglichkeit sollte die AOK Ernst Klein vor einer evtl. Kostenerstattung informieren bzw. ihm dabei behilflich sein.

Lösung zu 3.2

Ernst Klein erhält die Kosten von der AOK erstattet. Die AOK muss darauf achten, dass sie mit diesen Kosten nicht doppelt belastet wird.

Begründung

§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V

[hier:]

Die Kassenärztliche Vereinigung konnte nicht in absehbarer Zeit einen niedergelassenen Arzt benennen, der die Leistung für Ernst Klein in zumutbarer Zeit erbringen konnte. Ernst Klein hat sich die Leistung daraufhin selbst beschafft.

[also:]

Ernst Klein erhält die ihm entstandenen Kosten durch die AOK erstattet.

Lösung zu 4.1

Der Praxisaushang von Dr. Lukas Müller ist nicht zu beanstanden.

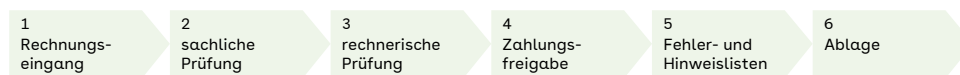
Anstelle der Sach- oder Dienstleistungen können alle Versicherten Kostenerstattung wählen; die Satzung kann Näheres bestimmen (§ 13 Abs. 2 SGB V).

Dr. Lukas Müller weist seine gesetzlich versicherten Patienten auf die Möglichkeit hin, Kostenerstattung zu wählen. Die Information entspricht den gesetzlichen Vorgaben. In der Höhe der Privatliquidation ist der Arzt im Rahmen der privaten Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) frei; (Anmerkung: Nach der Gebührenordnung für Ärzte können im Rahmen einer privatärztlichen Liquidation für technische Leistungen das 1,8-fache der GOÄ und für sonstige Leistungen das 2,3-fache der GOÄ liquidiert werden). Der Arzt kann also durchaus die Liquidation auch in etwa auf die Beträge begrenzen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung entstanden wären.

Das Recht zu einer – sachlich richtigen – Information steht jedem Arzt frei. Ein Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten liegt hier nicht vor, zumal Dr. Lukas Müller die Höhe der Privatliquidation auch tatsächlich – wie im Praxisaushang dargestellt – in etwa auf die Vertragssätze begrenzt hat. Allerdings ist Dr. Lukas Müller dazu verpflichtet, seine Patienten vor Inanspruchnahme der Leistungen darüber zu informieren, dass die Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind.

Lösung zu 4.2

Je nach der Vertragskonstellation der AOK, ist die Kostenerstattung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Anrechnung auf die Gesamtvergütung zu melden (§ 85 Abs. 2 Satz 8 SGB V).



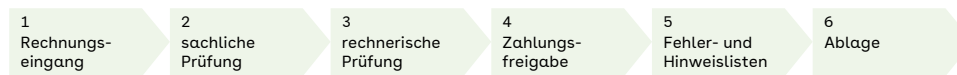
Diese Meldungen werden in einer AOK in der Regel zentral vorgenommen. In diesem Fall sind der zuständigen Stel-

le – zur weiteren Meldung an die Kassenärztlichen Vereinigung – die Kostenerstattungen bekannt zu geben.

Lösung zu 5

Tätigkeit	ja	nein	Rechtsquelle
ärztliche Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft	x		§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 10 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 5 BMV-Ä
Einstellungsuntersuchung: es soll festgestellt werden, ob ein Bewerber um einen Arbeitsplatz als Linienflugpilot uneingeschränkt tauglich ist		x	§ 3 Abs. 2 Nr. 3 BMV-Ä
ärztliche Behandlung für einen Patienten, der an den Folgen eines Arbeitsunfalls bzw. einer Wehrdienstverletzung leidet		x	§ 3 Abs. 2 Nr. 4 BMV-Ä
gesichtschirurgische Behandlung durch einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen	x		§ 3 Abs. 2 Nr. 2.1 BMV-Ä
Krankengymnastik durch eine Krankengymnastin, die beim Orthopäden angestellt ist; die Behandlung wurde von ihm angeordnet	x		§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 12 BMV-Ä
Ausstellung eines Totenscheins zur Vorlage beim Standesamt		x	§ 3 Abs. 2 Nr. 1 BMV-Ä
Tauglichkeitsuntersuchung, wird vom Segelsportclub für die Aufnahme in den Club und die Benutzung der Motorsegler gefordert		x	§ 3 Abs. 2 Nr. 3 BMV-Ä
Reihenuntersuchung von Bergarbeitern, um die Lungenbelastung durch Kohlenstaub festzustellen		x	§ 3 Abs. 2 Nr. 3 BMV-Ä
ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft	x		§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 2 BMV-Ä
ärztliche Behandlung im Rahmen einer zeitlich begrenzten vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus		x	§ 3 Abs. 2 Nr. 10 BMV-Ä
Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von Behandlungen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	x		§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 6 BMV-Ä

6.8 · Ärztliche Behandlung – Ausgaben prüfen, anweisen, ablegen



Tätigkeit	ja	nein	Rechtsquelle
Untersuchung eines Patienten im Auftrag des Rentenversicherungsträgers zur Feststellung, ob Erwerbsminderung vorliegt		x	§ 3 Abs. 2 Nr. 4 BMV-Ä
Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	x		§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 9 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 9 BMV-Ä
ärztliche Untersuchung zur Feststellung der Wehrtauglichkeit eines Patienten		x	§ 3 Abs. 2 Nr. 5 BMV-Ä
Ausstellen einer Bescheinigung für den Medizinischen Dienst (MD)	x		§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 9 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 9 BMV-Ä
Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung	x		§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 3 BMV-Ä
Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit	x		§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 9 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 7 BMV-Ä
Ausstellen einer Tauglichkeitsbescheinigung für einen Berufstaucher		x	§ 3 Abs. 2 Nr. 1, 3 BMV-Ä
ambulant durchgeführte Operationen im Krankenhaus		x	§ 3 Abs. 2 Nr. 11 BMV-Ä
Ausstellen einer Bescheinigung über die Notwendigkeit von Haushaltshilfe	x		§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 9 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 9 BMV-Ä
Ausstellen einer Bescheinigung für den Arbeitgeber, dass eine Lebensmittelverkäuferin frei von ansteckenden Krankheiten ist		x	§ 3 Abs. 2 Nr. 1 BMV-Ä
Bescheinigung über die Dauer eines Krankenhausaufenthalts für die private Krankenhaustagegeldversicherung		x	§ 3 Abs. 2 Nr. 1 BMV-Ä
ärztliche Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- und Empfängnisfähigkeit	x		§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 10 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 5 BMV-Ä
Maßnahmen zum Schwangerschaftsabbruch, zur Sterilisation und zur Empfängnisregelung soweit die Leistungspflicht nicht durch gesetzliche Regelungen ausgeschlossen ist	x		§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 4 BMV-Ä
Verordnung häuslicher Krankenpflege	x		§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 10 BMV-Ä