

PRIVATSPRECHSTUNDEN UND SICHERSTELLUNGSAUFGABE EINORDNUNG AUS SICHT DER KBV

Das sogenannte GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz bringt für die Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten empfindliche Folgen mit sich: So werden die extrabudgetären Leistungen de facto komplett gestrichen, für Hausärzte wird eine sogenannte Fallzahldegression eingeführt und die Psychotherapie wird in ein Budget überführt. Das Minus beläuft sich allein im kommenden Jahr auf rund drei Milliarden Euro. Für die Praxen ergibt sich daraus die Notwendigkeit, ihre Strukturen an die gesetzlich herbeigeführten betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten anzupassen, um den Weiterbetrieb einer Praxis sicherzustellen. Dies gilt umso mehr, als der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung selbst davon ausgeht, dass nicht alle bisherigen Untersuchungen und Behandlungen erforderlich sind und es klare Regelungen im SGB V gibt, die einer übermäßigen Ausweitung der GKV-Praxis entgegenstehen (§87b Absatz 2) und gleichzeitig Kalkulationssicherheit für die Praxis fordern.

HERAUSFORDERUNGEN FÜR PRAXEN INFOLGE DER SPARMAßNAHMEN

Die Herausforderung, Praxen vor diesem Hintergrund zukunftssicher aufzustellen, trifft neben den Praxisinhabern auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Denn mit dem Sicherstellungsauftrag kommt ihnen die Aufgabe zu, bei begrenztem Budget gegenüber den Krankenkassen Leistungen „sicherzustellen“, die laut SGB V „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen.

Der Sicherstellungsauftrag der KVen und der KBV bildet das Fundament der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Er verpflichtet die gemeinsame Selbstverwaltung, eine flächendeckende, bedarfsgerechte und grundsätzlich jederzeit erreichbare Versorgung der gesetzlich Versicherten zu gewährleisten. Dieser Auftrag richtet sich jedoch nicht auf eine staatlich oder administrativ vorgegebene Detailsteuerung jeder einzelnen Praxis. Er wird vielmehr durch das Zusammenspiel aus kollektivem Versorgungsauftrag, vertragsärztlichen Pflichten und der eigenverantwortlichen Organisation der Praxen erfüllt.

Aus Sicht der KBV muss beides zusammen gedacht werden: Einerseits dürfen GKV-Versicherte nicht aus der vertragsärztlichen Versorgung verdrängt, unangemessen auf privatärztliche Angebote verwiesen oder allein wegen ihres Versicherungsstatus benachteiligt werden. Die wesentlichen Untersuchungen und Behandlungen des jeweiligen Fachgebiets sind im Rahmen des übernommenen Versorgungsauftrags als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung anzubieten. Medizinisch dringliche Fälle müssen unabhängig von der Vergütungsform Vorrang haben. Andererseits bleibt die konkrete Organisation von Sprechstunden, Terminvergabe und Behandlungsabläufen grundsätzlich Sache der Praxis, solange die vertragsärztlichen Pflichten eingehalten werden.

Bei der Praxisorganisation stellt sich daher die Frage, ob und inwiefern auch Privatsprechstunden dafür genutzt werden können, den Ertrag der Praxis zu stabilisieren. Privatsprechstunden sind dabei nicht schon als solche mit dem Sicherstellungsauftrag unvereinbar.

Entscheidend ist die Ausgestaltung: Die vorgeschriebenen Sprechstundenzeiten für GKV-Versicherte müssen angeboten werden; eine systematische Umleitung gesetzlich Versicherter in die Privatbehandlung ist unzulässig und eine privatärztliche Behandlung von GKV-Versicherten setzt deren freien, ausdrücklichen Wunsch sowie eine vorherige wirtschaftliche Aufklärung und schriftliche Vereinbarung voraus. Zugleich darf der Sicherstellungsauftrag nicht zum Einfallstor für eine kleinteilige Verwaltungssteuerung der Praxen werden, die deren medizinische Verantwortung und organisatorische Gestaltungsfreiheit verdrängt.

Die folgenden Grundsätze sollen diesen Ausgleich verdeutlichen. Sie beschreiben den rechtlichen Rahmen, innerhalb dessen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten Privatsprechstunden anbieten können, ohne ihren Pflichten gegenüber gesetzlich Versicherten und dem Sicherstellungsauftrag zu widersprechen.

HINWEISE ZUR EINHALTUNG VERTRAGSÄRZTLICHER PFLICHTEN IM ZUSAMMENHANG MIT PRIVATSPRECHSTUNDEN

Das Vertragsarztrecht und die Übernahme des Versorgungsauftrags durch die vertragsärztliche oder vertragspsychotherapeutische Praxis im Rahmen der Zulassung begründen einen umfassenden, aber nicht unendlichen Pflichtenkatalog. Hierzu zählt insbesondere die Verpflichtung, die Behandlung von GKV-Versicherten nur unter engen Voraussetzungen abzulehnen. Zu diesen Voraussetzungen können auch organisatorische, insbesondere kapazitätsbedingte Gründe gehören.

Ungeachtet dieses weitreichenden Pflichtengefüges verbleibt es dabei, dass die Praxen innerhalb des durch diese Pflichten gesetzten Rahmens grundsätzlich frei und eigenverantwortlich organisiert werden können.

Bei der Praxisorganisation stellt sich insbesondere die Frage nach dem Verhältnis unterschiedlicher Sprechstundenangebote zueinander. Dabei empfiehlt es sich, folgende Grundsätze zu beachten:

1. Vertragsärzte mit vollem Versorgungsauftrag („voller Sitz“) haben für die Versorgung von GKV-Versicherten wöchentlich mindestens 25 Stunden zur Verfügung zu stehen, davon gegebenenfalls fünf Stunden als „offene Sprechstunde“ ohne Terminvereinbarung.
2. Die konkrete Organisation der Praxis obliegt dem Praxisinhaber im Rahmen der bundesmantelvertraglichen Vorschriften. Maßgeblich werden hierbei regelmäßig auch betriebswirtschaftliche Erwägungen zu Kosten und Ertrag sein.
3. Innerhalb der Sprechstunden sind den Versicherten die wesentlichen Untersuchungen und Behandlungen des jeweiligen Fachgebiets als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung anzubieten. Es muss sichergestellt sein, dass Versicherte zur Inanspruchnahme bestimmter Leistungen nicht auf andere Versorgungsformen – insbesondere nicht auf eine Privatsprechstunde – verwiesen werden.
4. Ein rechtliches Verbot für Vertragsärzte, Privatsprechstunden anzubieten, ist nicht ersichtlich. Ebenso ist es GKV-Versicherten nicht untersagt, eigeninitiativ Termine für eine Privatsprechstunde, beispielsweise unter Nutzung einer Online-Terminvergabe, zu vereinbaren. Eine unzulässige Einflussnahme auf Versicherte ist zu vermeiden.
5. Die privatärztliche Behandlung eines GKV-Versicherten für GKV-Leistungen setzt dessen ausdrücklichen Wunsch sowie den Abschluss einer schriftlichen Wahlleistungsvereinbarung nach vorheriger wirtschaftlicher Aufklärung voraus.

Fazit: Der Sicherstellungsauftrag verlangt verlässlichen Zugang zur GKV-Versorgung, nicht aber die vollständige administrative Durchsteuerung der individuellen Praxisorganisation. Privatsprechstunden bleiben zulässig, solange sie die Erfüllung des vertragsärztlichen Versorgungsauftrags nicht beeinträchtigen und die freie Entscheidung der Versicherten gewahrt bleibt.

Wie viele Sprechstunden muss ich in jedem Fall für GKV-Versicherte anbieten?

Bei voller Zulassung 25 Stunden (davon 5 „offene Sprechstunden“).

Darf ich als Vertragsarzt oder als Vertragspsychotherapeut neben den GKV-Sprechstunden auch Privatsprechstunden anbieten?

Ja. Es gibt kein Verbot, auch GKV-Patienten in der Privatsprechstunde zu behandeln, aber nicht auf Rechnung der gesetzlichen Krankenversicherung. Wichtig ist dabei die Eigeninitiative der Versicherten sowie die wirtschaftliche Aufklärung, insbesondere wenn der Versicherte wünscht, eine GKV-Leistung privat in Anspruch zu nehmen.

Was sind „enge Voraussetzungen“, die zur Ablehnung einer Behandlung von GKV-Versicherten führen können?

Enge Voraussetzungen können organisatorischer, insbesondere kapazitätsbedingter Art sein. So obliegt dem Praxisinhaber die konkrete Organisation der Praxis im Rahmen der bundesmantelvertraglichen Vorschriften. Hierzu gehört die genaue Investitionsplanung, da eine Investitionsentscheidung langfristig Art und Umfang der Leistungserstellung festlegt. Der Praxisinhaber legt auf der einen Seite die Investitionen unter anderem in medizinische Geräte oder Personal fest. Auf der anderen Seite der Investitionsplanung stehen die Absatzmöglichkeiten für GKV-Leistungen. Dazu gehört der zu erwartende Umsatz, der in der vertragsärztlichen Versorgung maßgeblich durch die regionale Honorarverteilung der zur Verfügung stehenden GKV-Finanzmittel bestimmt ist. Aus dieser betriebswirtschaftlich gebotenen Erwägung resultiert im Ergebnis das Angebot der Sprechstunden der Praxis, das wiederum die Kapazität der Praxis darstellt. Kann innerhalb des Sprechstundenangebots kein Raum für einen Termin gefunden werden, ist die Kapazität der Praxis nicht vorhanden. Es gibt keine unendliche Leistungsverpflichtung der Praxen für GKV-Patienten, auch nicht bei vollem Versorgungsauftrag.

Darf ich GKV-Versicherte unter dem Verweis, die Leistung sei nicht ausreichend bewertet, auf die Privatsprechstunde verweisen?

Ist ein Patient in der GKV-Sprechstunde, sind alle wesentlichen Untersuchungen und Behandlungen des Fachgebiets auch anzubieten – das ergibt sich aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zum Umfang des übernommenen Versorgungsauftrages. Insofern ist der direkte Verweis auf die Privatsprechstunde nicht mit der Rechtsprechung des BSG in Einklang zu bringen.

Was sollte ich bei der Organisation von Privatsprechstunden beachten, wenn ich diese anbieten möchte?

In praktischer Hinsicht ist insbesondere die klare Trennung zwischen GKV- und Privatsprechstunde sinnvoll. Damit können Sie deutlich dokumentieren, dass es sich hierbei um einen anderen Teil des Leistungsangebots der Praxis handelt. Wichtig ist ferner, dass Sie die vertragsärztlichen Sprechstunden gleichmäßig auf die Wochentage verteilen. Das ist eine klare Vorgabe des Bundesmantelvertrages.

Wie vermeide ich den Eindruck unzulässiger Verweise auf die Privatsprechstunde?

Neben der klaren Trennung von GKV- und Privatsprechstunde kann es ratsam sein, entsprechende Termine transparent über ein externes Terminvermittlungssystem anzubieten.

Muss ich neben der GKV-Sprechstunde Privatsprechstunden anbieten?

Nein. Was die Praxis nach der Erfüllung ihres Versorgungsauftrages anbietet oder nicht liegt im Ermessen des Praxisinhabers.

Darf ich in der Privatsprechstunde Verordnungen zulasten der GKV ausstellen?

Nein. Es gilt das Prinzip der „Unteilbarkeit der Leistung“. Das bedeutet, dass in der Privatsprechstunde auch nur Verordnungen auf Privatrezept möglich sind. Das gehört zur wirtschaftlichen Aufklärung des Patienten dazu.

Darf man Genehmigungen für bestimmte Leistungen „zurückgeben“, um die Leistungen dann privat zu erbringen?

Nein. Nach allgemeiner Rechtsauffassung ist es nicht zulässig, mit der Motivation, Leistungen privat zu erbringen, bereits ausgesprochene Leistungsgenehmigungen „zurückzugeben“. Zugleich besteht allerdings auch keine Verpflichtung, Genehmigungen einzuholen, so sie nicht bestehen. Auch besteht keine Verpflichtung, ein Gerät zu erneuern.

Müssen bei Vergabe der für ein Quartal für GKV-Patienten zur Verfügung stehenden Termine trotzdem GKV-Patienten, die keine akuten Notfälle sind, angenommen werden?

Nein. Wenn die Sprechstunden/Termine „ausgebucht“ sind, stehen keine Kapazitäten mehr zur Verfügung.

Hat ein GKV-Patient einen Anspruch auf einen Termin in einer bestimmten Praxis?

Nein. Einen solchen Anspruch gibt es nicht.



Mehr Informationen zum Spargesetz: www.kbv.de/spargesetz