

Ärztliche Behandlung

Normen

§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

§ 28 SGB V

Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) i.d.F. vom 17.01.2006, zuletzt geändert am 20.10.2022, Banz AT 24.11.2022 B2, in Kraft getreten am 25.11.2022

Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL i.d.F. vom 21.03.2013, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 19.07.2013 B1), zuletzt geändert am 18.03.2022 (BAnz AT 10.08.2022 B1), in Kraft getreten am 11.08.2022

Rehabilitations-Richtlinie i.d.F. vom 16.03.2004, zuletzt geändert am 16.12.2021, BAnz AT 16.02.2022 B3, in Kraft getreten am 01.07.2022

Kurzinfo

Ärztliche Behandlung ist die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Die ärztliche Behandlung muss auf die Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten gerichtet sein, sodass alle ärztlichen Behandlungen ohne Krankheitsbezug ausscheiden. Das gilt z.B. für Operationen aus kosmetisch-ästhetischen Gründen. Auch die Hilfestellung anderer Personen, wenn diese vom Arzt angeordnet und verantwortet wird, gehört zur ärztlichen Behandlung. Versicherte können den Arzt grundsätzlich frei wählen. Es dürfen allerdings nur zugelassene Vertragsärzte in Anspruch genommen werden. Der Nachweis für den Anspruch auf ärztliche oder zahnärztliche Behandlung gegenüber dem Arzt erfolgt durch die elektronische Gesundheitskarte.

Die ärztliche Behandlung zulasten der Krankenkasse darf grundsätzlich nur von Ärzten durchgeführt werden. Andere zur Ausübung der Heilkunde berechnigte Personen (z.B. Heilpraktiker) sind nicht dazu berechnigt. Der Arzt ist grundsätzlich zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet; er kann allerdings bestimmte Leistungen an Personen delegieren, die unter seiner Aufsicht und Weisung stehen und für die Erbringung der Hilfeleistung qualifiziert sind.

Anlage 24 BMV-Ä - Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 01.10.2013 (Stand: 01.01.2015).

Die Vereinbarung regelt die Anforderungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und führt in einem sich im Anhang befindenden Katalog beispielhaft auf, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliche Mitarbeiter ärztliche Leistungen erbringen können und welche spezifischen Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Die Beschreibung delegationsfähiger ärztlicher Leistungen ist nicht abschließend, sondern hat den Charakter einer beispielhaften Aufzählung, die der Orientierung der Handelnden dient.

Anhang 1 DelegAmbVersVbg - Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen

Der Beispielkatalog listet unter I. Allgemeine delegierbare ärztliche Tätigkeiten und unter II. Versorgungsbereichs- bzw. arztgruppenspezifische delegierbare ärztliche Tätigkeiten auf. Die entsprechende Tabelle beinhaltet auch die typischen Mindestqualifikationen, die die delegierten Personen erfüllen müssen, auf. Typische Mindestqualifikationen sind:

- Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/-in (MTRA),
- Medizinisch-Technische/r Assistent/in,
- Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA),
- Medizinisch-technische/r Assistent/-in für Funktionsdiagnostik (MTAF).

Hilfspersonen, die den Arzt bei der ärztlichen Leistung unterstützen, sind z.B.:

- Krankenschwestern und Krankenpfleger,
- Arztgehilfen,
- Laboranten,
- Krankengymnasten,
- Physiotherapeuten,
- Psychologen,
- Logopäden,
- Sozialarbeiter.

Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die zahnärztliche Behandlung sowie die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte durchgeführt (vgl. § 28 Abs. 3 SGB V). Nicht zugelassene Psychotherapeuten haben gegenüber der Krankenkasse somit keine Abrechnungsbefugnis. Im Gegensatz zum früheren Delegationsverfahren kann der Versicherte den Psychotherapeuten direkt, also ohne vorherige Einschaltung des Arztes, aufsuchen.

Information

Inhaltsübersicht

1. Freie Arztwahl
2. Elektronische Gesundheitskarte bzw. Überweisungen
3. Leistungsumfang
4. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
5. Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V - ASV-RL

1. Freie Arztwahl

Der Versicherte kann den Arzt grundsätzlich frei wählen. Allerdings hat hierbei der Gesetzgeber einen Rahmen von Ärzten und Einrichtungen vorgegeben, unter denen der Versicherte wählen kann. Nachstehend sind die infrage kommenden Stellen aufgelistet.

Ärzte und Einrichtungen, unter denen der Versicherte frei wählen kann, sind u.a.:

- zugelassene oder ermächtigte Ärzte,
- ermächtigte, ärztlich geleitete Einrichtungen,
- Eigeneinrichtungen der Krankenkassen,
- vertraglich verpflichtete Ärzte und Zahnärzte nach § 72a Abs. 3 SGB V ,
- zum ambulanten Operieren zugelassene Krankenhäuser.

Nichtvertragsärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden (§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Die Versicherten sollen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt innerhalb eines Quartals nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten auch dementsprechend dazu anzuhalten (vgl. § 76 Abs. 3 SGB V , § 21 Abs. 4 BMV-Ä).

Damit sollen einerseits Doppeluntersuchungen vermieden werden, andererseits sollen aber auch die Versicherten geschützt werden, damit beispielsweise nicht nebeneinander Arzneimittel verordnet werden, die sich in ihrer Wirkung potenzieren oder wechselseitig unverträglich sind.

Hausarzt

Nach § 73 Abs. 1a SGB V nehmen an der hausärztlichen Versorgung Ärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung teil. Der Begriff "Hausarzt" bezeichnet nur die Funktion des Arztes in der ambulanten Versorgung. Der Begriff "Allgemeinarzt" signalisiert, dass der Arzt aufgrund der ärztlichen Weiterbildungsordnung diese Gebietsbezeichnung führen darf. Praktische Ärzte ohne Gebietsbezeichnung und Allgemeinärzte gehören beide zu den Hausärzten .

Kinderärzte und Internisten können sich grundsätzlich zwischen der Teilnahme an der hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung entscheiden. Dies gilt allerdings nur dann, wenn sie keine Teilgebietsbezeichnung (z.B. Facharzt für Kinderkrankheiten mit Schwerpunkt Kardiologie) führen. In diesem Fall dürfen die Ärzte nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

2. Elektronische Gesundheitskarte bzw. Überweisungen

Jeder Versicherte erhält die elektronische Gesundheitskarte bei Beginn der Versicherung bei einer Krankenkasse sowie bei jeder weiteren, vom Versicherten nicht verschuldeten erneuten Ausgabe gebührenfrei.

Der Versicherte hat vor Beginn der Behandlung seine elektronische Gesundheitskarte auszuhändigen. Die Krankenkasse kann die Gültigkeit der Karte befristen.

In dringenden Fällen kann die Karte aber auch nachgereicht werden. Nach § 19 Abs. 3 BMV-Ä hat die Krankenkasse die Versicherten in geeigneter Weise anzuhalten, innerhalb von zehn Tagen die elektronische Gesundheitskarte vorzulegen. Legt der Versicherte diese trotz schriftlicher Anmahnung durch den Vertragsarzt nicht vor, sendet die Krankenkasse dem Vertragsarzt auf Verlangen einen Behandlungsausweis zu. Wenn die elektronische Gesundheitskarte bei der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist bzw. ein gültiger Behandlungsausweis nicht vorliegt und nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht wird, darf der Vertragsarzt von dem Versicherten eine Vergütung verlangen.

Falls in diesen Fällen eine Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln erforderlich ist, soll der Vertragsarzt auf dem Ordnungsblatt anstelle der Kassenangabe den Vermerk "ohne Versicherungsnachweis" anbringen. Die Zweitausstellung einer Verordnung ist nur gegen Rückgabe der zuerst ausgestellten Verordnung möglich. Liegt dem Vertragsarzt bis zum Ende des Quartals eine gültige elektronische Gesundheitskarte bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis vor, so muss er die vom Versicherten entrichtete Vergütung zurückzahlen.

Eine Überweisung kann grundsätzlich nur dann vorgenommen werden, wenn dem überweisenden Vertragsarzt ein gültiger Behandlungsausweis oder die elektronische Gesundheitskarte vorgelegen hat. Dabei ist in der Regel nur die Überweisung an einen Arzt einer anderen Arztgruppe zulässig, d.h., ein Allgemeinmediziner kann nicht an einen anderen Allgemeinmediziner überweisen.

Überweisungen an einen Arzt derselben Arztgruppe sind, vorbehaltlich abweichender Regelungen im Gesamtvertrag, nur zulässig zur

- Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Arzt nicht erbracht werden,
- Übernahme der Behandlung durch einen anderen Arzt bei Wechsel des Aufenthaltes des Kranken,
- Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung.

Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC)

Die EHIC ist in allen 27 EU-Staaten (Deutschland, Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern) sowie der Schweiz, Island, Liechtenstein, Norwegen, Mazedonien, Montenegro und Serbien gültig. Es gilt das auf der Karte aufgedruckte Gültigkeitsdatum. Die EHIC wird bei den meisten Krankenkassen auf der Rückseite der deutschen elektronischen Gesundheitskarte zur Verfügung gestellt.

In allen anderen Ländern können Sie die Europäische Krankenversicherungskarte nicht nutzen. Und das gilt auch für einige Gebiete, die zu oben genannten Ländern gehören - nämlich für: Kosovo, Monaco, Niederländische Antillen, San Marino, Svalbard (Spitzbergen, Bäreninsel) und den Vatikanstaat.

3. Leistungsumfang

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst nach § 73 Abs. 2 SGB V u.a. die ärztliche und zahnärztliche Versorgung und kieferorthopädische Behandlung, Versorgung mit Zahnersatz und Suprakonstruktionen, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Verordnung von medizinischen Leistungen der Rehabilitation, Belastungserprobung und Arbeitstherapie, Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporte sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Verordnung häuslicher Krankenpflege, Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die Versicherten im Zusammenhang mit dem Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen, medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1 SGB V , ärztliche Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b SGB V und die Verordnung von Soziotherapie.

Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten sind (vgl. § 28 Abs. 1 SGB V). Außerdem gehört die psychotherapeutische Behandlung zur ärztlichen Behandlung, soweit sie nach den Richtlinien gem. § 92 SGB V erbracht wird (vgl. § 28 Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Gleichwertige Leistungserbringer für eine Psychotherapie sind neben Ärzten für psychotherapeutische Medizin auch zugelassene Psychotherapeuten (Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Diese müssen nach §§ 95 Abs. 10 , 11 und 95c SGB V zugelassen sein. Darüber hinaus muss eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegen. Nicht zugelassene Psychotherapeuten haben gegenüber der Krankenkasse somit keine Abrechnungsbefugnis.

Nach § 18 Abs. 7a BMV-Ä bzw. 21 Abs. 7a EKV kann die Kassenärztliche Vereinigung die Differenz zwischen einzubehaltender und einbehaltener Zuzahlung zurückbehalten, sofern ein Leistungserbringer in einem Quartal in 10 % oder einem höheren Anteil der Behandlungsfälle, in denen die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V zu erheben ist, die Zuzahlung nicht erhoben hat.

4. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) i.d.F. vom 17.01.2006, zuletzt geändert am 20.10.2022, BAnz AT 24.11.2022 B2, in Kraft getreten am 25.11.2022, hat drei Anlagen, die sich mit den verschiedenen "neuen" Untersuchungs- und Behandlungsmethoden befassen:

1. Anlage I: Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden
2. Anlage II: Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen
3. Anlage III: Methoden, deren Bewertungsverfahren ausgesetzt ist

Nach § 2 Abs. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung lässt der Ausschluss einer Methode nach Anlage II die Leistungserbringung bei Vorliegen der im Leitsatz des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, 06.12.2005 - 1 BvR 347/98) aufgeführten Voraussetzungen unberührt. Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, können eine ärztlich angewandte Behandlungsmethode trotz des Ausschlusses von der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Ärztin oder der Arzt hat die Entscheidung zur Anwendung einer Methode im o.g. Sinne sowie die entsprechende Aufklärung, einschließlich der Information, dass es sich um eine nach § 135 SGB V ausgeschlossene Methode handelt, und das Einverständnis der Patientin oder

des Versicherten zu dokumentieren.

5. Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V - ASV-RL

Die ASV-Richtlinie vom 21.03.2013 (zuletzt geändert am 18.03.2022, Banz AT 10.08.2022 B1, in Kraft seit 11.08.2022) regelt auf der Grundlage von § 116b Abs. 4 SGB V das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), die durch Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 Satz 4 SGB V erfolgt. Die Konkretisierung für die Erkrankungen und die hochspezialisierten Leistungen erfolgt für

1. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen,
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen und
3. hochspezialisierte Leistungen.

In den Anlagen der ASV-Richtlinie werden insbesondere die einbezogenen Erkrankungen, der Behandlungsumfang, die personellen und sächlichen Anforderungen sowie das Überweisungserfordernis geregelt.

Soweit sich die Vorschriften auf Fachärzte beziehen, gelten sie für Zahnärzte und Psychotherapeuten grds. entsprechend, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

Die Leistungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erbringen, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen der ASV-Richtlinie erfüllen (ASV-Berechtigte).