

Behandlungsvertrag

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Nr.: _____ Handy: _____

Krankenkasse: _____

Liebe/Lieber Patientin/Patient, sehr geehrte/geehrter Frau / Herr

Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufgesucht haben und uns Ihr Vertrauen schenken. Wir werden uns bemühen, Sie bezüglich Ihrer Gesundheit und ggf. bestehender Erkrankungen bestmöglich und nach dem aktuellen und modernsten medizinischen Kenntnisstand zu untersuchen und individuell zu beraten.

In jüngster Zeit begrenzen einige Privatversicherer zunehmend und unvorhersehbar ärztliche, diagnostische und Laborleistungen. Solche Kürzungen erfolgen häufig pauschal nach Aktenlage und mit fragwürdigen Begründungen (z. B. „keine erkennbare medizinische Notwendigkeit“). Immer häufiger kommt es vor, dass nach dem aktuellen medizinischen Kenntnis- und Sachverstand indizierte und korrekt erbrachte Leistungen und verordnete Medikation von Sachbearbeitern, sog. „Beratungsärzten“ oder Gesellschaftsärzten der Krankenversicherer als unnötig, überflüssig oder als unzweckmäßig bezeichnet werden. Diese Vorgehensweise ist nicht nur höchst ärgerlich, sondern oft auch, ohne rechtliche Grundlage. Sollten Sie hiervon betroffen sein, empfehlen wir Ihnen, sofort Widerspruch einzulegen und sich ggf. mit Juristischer Hilfe dagegen zu wehren. Ansprüche für von Ihrer Versicherung nicht erstattete ärztliche Leistungen oder Therapieempfehlungen können gegenüber unserer Praxis nicht geltend gemacht werden. Wir bitten Sie daher, die von uns empfohlenen diagnostischen Leistungen einschließlich der Laborleistungen per Unterschrift als mit Ihrem Einverständnis und auf Ihren Wunsch durchgeführt zu bestätigen.

Aufgrund der aktuellen Rechtsprechung sind wir angehalten, Sie darauf hinzuweisen, dass auch Privatversicherer nur das „medizinisch Notwendige“ erstatten müssen. Darüber hinausgehende Leistungen können nur erstattet werden, wenn sie auf Wunsch des Patienten erbracht werden. Die Abgrenzung zwischen „medizinisch notwendig“ und „medizinisch sinnvoll/ratsam“ wird insbesondere bei komplexeren Beschwerden, bei der Prävention und bei der Früherkennung von Risiken von manchen Privatversicherern leider oft zu Ihren Ungunsten ausgelegt. Bitte informieren Sie uns deshalb vorab, wenn Sie bestimmte Leistungen (die Ihre Versicherung nicht trägt oder Ihr Versicherungstarif nicht abdeckt) von uns nicht erbracht haben möchten. Für von Ihrer Versicherung verweigerte Leistungen müssen Sie daher selbst aufkommen Bitte informieren Sie uns vor der Leistungserbringung, wenn Sie vorab die Kostenübernahme mit Ihrer Versicherung abklären möchten.

Unabhängig vom Zeitpunkt der Einreichung/Behandlung und vom Umfang der Leistungserstattung durch Ihren Versicherungsträger ist unsere Honorarrechnung ohne Abzüge und spätestens zu dem auf der Rechnung angegebenen Datum fällig. Wir erwarten eine fristgerechte Überweisung. Beträge aus der zu erwartenden Arztrechnung trete ich nicht an meine Versicherung ab (Ausschluss des Forderungsüberganges).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich von den oben dargestellten Informationen Kenntnis genommen habe, diese verstanden haben und sie in vollem Umfang akzeptiere. Alle meine diesbezüglichen Fragen wurden mir beantwortet.

Der Behandlungsvertrag ist jeweils für das Abrechnungsquartal (31.03./30.06./30.09./31.12.) gültig in dem der Vertrag unterzeichnet wird. Er verlängert sich automatisch um ein weiteres Abrechnungsquartal, wenn er nicht schriftlich bis zum Ende des laufenden Quartals widerrufen wird.

Hattingen / Gevelsberg, _____

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Abrechnungshinweise

Erläuterung zur Diagnostik und Therapie für konventionelle, innovative und ganzheitliche Behandlungsmethoden

Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.96 unter Beachtung der aktuellen Empfehlungen für analoge Bewertungen durch die Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage.

Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen 1,0 und 3,5fachem Satz.

Da derzeit für viele z. T. neue und /oder sehr zeitaufwändige Leistungen eine Gebührensatznummer nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen sie durch analoge Bewertungen nach § 6, Abs. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden.

Erfahrungsgemäß ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die privaten Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen nicht immer problemlos gewährleistet, wodurch für den Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleiben kann.

Insbesondere der Abschluss einer Vereinbarung nach § 2 GOÄ über die Abweichung von den Bemessungsgrenzen der Gebühren laut § 5 GOÄ (Überschreitung des Gebührenrahmens) kann möglicherweise nicht unerheblich finanzielle Belastungen zur Folge haben.

Um Missverständnisse und unnötigen Verwaltungsaufwand daher von vornherein auszuschließen, möchte ich Sie in diesem Zusammenhang auf die Rechtslage der ärztlichen Behandlung und ihrer Kostenerstattung hinweisen:

Durch die Inanspruchnahme des Arztes kommt ein Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt zustande, der auch ohne schriftliche Bestätigung (ausgenommen bei gesetzlich Versicherten* und Kostenerstattungsfällen**) wirksam wird. Aus diesem Behandlungsvertrag entsteht dem Arzt ein Honoraranspruch, der nach den Vorschriften der GOÄ durch eine korrekte Rechnung nach § 12 geltend gemacht werden muss. Die Rechnung des Arztes ist sofort nach Erhalt zur Zahlung fällig.

Der Patient hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten aus seinem Krankenversicherungsvertrag, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl (bei Kostenerstattungsfällen vom Sach- und Dienstleistungsprinzip) abhängig ist. Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV/(GKV) darf der Patient nicht an den Arzt weitergeben. Der Versicherte hat aber die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV seine Forderungen gegenüber der Krankenversicherung auf dem Rechtsweg durchzusetzen.

Hinweise für Patienten, die gesetzlich versichert oder beihilfeberechtigt sind, Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt und/oder eine private Krankheitskosten-Zusatzversicherung abgeschlossen haben:

* Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist Ihr Anspruch auf medizinische Versorgung durch Vertragsärzte bei Vorlage der Krankenversicherungskarte sichergestellt.

Für Privatärzte gilt diese Regelung nicht. Deshalb müssen Sie Ihren Entschluss, sich auf eigene Kosten privatärztlich behandeln zu lassen, durch eine schriftliche Vereinbarung mit Ihrem Arzt bestätigen (vgl. § 18 BMV-Ä).

** Gesetzlich Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben, gelten als Privatpatienten und erhalten eine Rechnung nach GOÄ. Auch sie müssen eine schriftliche Behandlungsvereinbarung mit Ihrem Arzt abschließen.

- Prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag auf mögliche Ausschlüsse und Selbstbehalte.
- Fragen Sie im Zweifelsfall bei Ihrer Versicherung nach, ob die Kosten für spezielle Therapieverfahren übernommen werden.
- Lassen Sie sich die Entscheidung des Kostenträgers schriftlich mitteilen.
- Beachten Sie in diesem Zusammenhang bitte unbedingt die Ausschlussrichtlinien der Beihilfestellen, falls Sie Anspruch auf entsprechende Erstattung haben.