

1

**Abrechnungshinweise  
(Erläuterung zu Diagnostik und Therapie  
für konventionelle, innovative und ganzheitliche  
Behandlungsmethoden)**

Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.1996 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 3,5-fachem Satz.

Da derzeit für viele zum Teil neue und/oder sehr zeitaufwendige Leistungen eine Gebührensatznummer nach der GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen diese 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 lt. § 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 der Ärztin kommt ein Behandlungsvertrag zwischen

Patient und Ärztin zustande, der auch ohne schriftliche Bestätigung (ausgenommen bei gesetzlich Versicherten und Kostenerstattungsfällen) wirksam wird. Aus diesem<sup>2</sup> 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 die Ärztin weitergeben. Der Versicherte hat aber die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV seine Forderungen gegenüber der Krankenkasse auf dem Rechtsweg durchzusetzen.

Hinweise für Patienten, die gesetzlich versichert oder beihilfeberechtigt sind, eine 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 der Ärztin 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 ihrer Ärztin abschließen. Der Patient sollte deshalb Folgendes beachten:

- Prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag auf mögliche Ausschlüsse und Selbst-  
Behalte
- 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.

Die Behandlungen erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminvereinbarung. Es wird ausdrücklich darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine mindestens 24 Stunden vorher dem Patienten in Rechnung gestellt werden können, da er sich im Annahmeverzug gemäß § 615 BGB befindet. Dies gilt nicht, soweit der Patient den Termin unverschuldet nicht wahrnehmen kann.