

Honorarvereinbarung zur Privatliquidation

Unsere Rechnungsstellung erfolgt nach der aktuellen amtlichen ärztliche Gebührenordnung (GOÄ). Die Berechnung der Steigerungsfaktoren findet nach § 5 GOÄ statt. Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommen sind, werden als Analog-Leistungen nach § 6 GOÄ abgerechnet. Die Berechnung der Sachkosten wird nach § 10 GOÄ durchgeführt.

Bekanntlich können Privatversicherte - abhängig vom Versicherungsunternehmen und dem geschlossenen Versicherungsvertrag - die Erfahrung machen, dass ungeachtet korrekter ärztlicher Rechnungsstellung bei der Kostenerstattung durch private Krankenversicherungen und Beihilfestellen Schwierigkeiten auftreten. Die Gründe hierfür liegen in der Verschiedenheit der beiden im Rahmen der Privatbehandlung zu berücksichtigenden und streng voneinander zu trennenden Rechtsbeziehungen.

Zum einen handelt es sich um die Rechtsbeziehung zwischen Ihnen und Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin. In diesem Rechtsverhältnis gelten für die Honorargestaltung ausnahmslos die Vorschriften der GOÄ und in unserem Fall die im Folgenden gemeinsam mit Ihnen getroffene Honorarvereinbarung.

Zum anderen besteht davon unabhängig eine zweite Rechtsbeziehung zwischen Ihnen und Ihrer kostenerstattenden Stelle. Hier spielen neben der GOÄ eventuell ergänzend Bestimmungen Ihres Versicherungsvertrages, tarifvertragliche Regelungen, Beihilferichtlinien und nicht zuletzt die Auffassung der kostenerstattenden Stelle zu den verordnungsrechtlichen Bestimmungen der Gebührenordnung eine zusätzliche Rolle. Das kann dazu führen, dass seitens der kostenerstattenden Stelle im Rahmen der Bearbeitung von Liquidationen mitunter abweichende Interpretationen bzw. subjektive Aussagen getroffen werden, welche im Widerspruch zu der ärztlichen Auffassung der Gebührenordnung stehen. Oft wird hierbei (beabsichtigt oder nicht) von kostenerstattender Seite der Eindruck erweckt, die Höhe des Honorars sei falsch oder auf unzulässige Weise berechnet worden. Diese Einsprüche belasten überflüssigerweise das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Arzt. Mit der Unterschrift (s.u.) verpflichten Sie sich, den nach GOÄ in Rechnung gestellten Betrag vollständig zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung durch Ihre Versicherung/ Beihilfestelle. Es ist möglich, dass Ihre Versicherung bzw. Beihilfestelle trotz korrekter Rechnungsstellung nach GOÄ nicht die volle Rechnungssumme erstattet, da in Ihrem Versicherungsvertrag besondere Regelungen getroffen wurden. Auch wenn Sie uns solche Begrenzungen der Abrechnung zwischen Ihnen und Ihrer Versicherung mitteilen, haben Sie keinen Anspruch auf die diesbezügliche Berücksichtigung bei Rechnungsstellung über das im Folgenden (s.u.) vereinbarte hinaus, da dies in unserem Fall dem Erfordernis einer wirtschaftlich tragfähigen Rechnungsstellung widerspricht.

So kommt es z.B. bei Sozialtarifen (Basis-/Standard-/Notlagen-Tarif) oder POST-B Versicherten bei Liquidation mit unserem Regelsatz (2,3 fach ärztliche Leistung) teilweise zu Selbstbehalten. Außer bei medizinischen Notfällen besteht aber keine Behandlungspflicht zu GOÄ-Sätzen der Sozialtarife. Als Patient tragen Sie somit das Kostenrisiko eventueller Selbstbehalte.

*Als **Regelsätze** für Privatpatienten bzw. Patientinnen und Selbstzahler bzw. Zahlerinnen gelten bei uns **grundsätzlich GOÄ 2,3 fach** (persönliche ärztliche Leistung) und **1,8 fach** (med.-tech. Leistung), **begründete Steigerungen bis zum 3,5 fachen Satz sind möglich**, dies gilt auch für Beihilfeberechtigte. Nur für sogenannte **Sozialtarife** sehen wir von weiteren Steigerungen über den oben genannten hiermit vereinbarten praxiseigenen Standardsatz (ärztlich: 2,3 fach) ab.*

***Post-B Versicherte** müssen bei Abrechnung zum **hiermit vereinbarten Regelsatz (ärztlich: 2,3 fach)** mit kleinen Selbstbehalten rechnen, bei begründeter Steigerung ist kassenseitig der 3,5-fachen Satz erstattbar. **KBV Tarife** werden nach den **dort hinterlegten Regelsätzen** abgerechnet.*

Die Rechnungsstellung für Laborleistungen erfolgt durch das Labor zum maximal 1,15 fachen Satz (GOÄ). Die Kosten sind im Analysenverzeichnis aufgeführt (www.labor-heidrich.de). Die Rechnungsstellung für Leistungen der Pathologie erfolgt durch das Labor nach den Regeln der GOÄ. Der notwendige Untersuchungsumfang ergibt sich individuell aus der medizinischen Fragestellung und Befundlage, die Leistungsanforderung wird vom Patienten hiermit autorisiert. Die ärztliche Leistungserbringung erfolgt durch die in der Praxis tätigen Ärzte und Ärztinnen Dr. Philomena Arrenberg, PD Dr. Boris Brand und Dr. Ana Nunez, dies sind alle als Fachärzte im gleichen Teilgebiet zur gegenseitigen Vertretung berechtigt.

EINWILLIGUNG:

☐ Ich wünsche die **privatärztliche Behandlung im internistischen Gastroenterologikum hamburg**. Diese Einwilligung können Sie grundsätzlich jederzeit widerrufen, der Widerruf bedarf der Schriftform.

ABBRUCH! ☐ Nein, ich wünsche keine **privatärztliche Behandlung zu o.g. Bedingungen**. Empfang hält ärztlich Rücksprache, ob ein Notfall vorliegt und die Praxis zur Notfallbehandlung verpflichtet ist.

Hamburg, «DTM1» **X**.....

Ort, Datum, Unterschrift Patient(in)/ Erziehungsberechtigter/ Bevollmächtigter

Privat-Rechnungsstellung durch die ABV

Als Rechnungsstelle für die Privatliquidation nutzen wir als externen Dienstleister die ABV (Gesellschaft für Arztabrechnung – betriebswirtschaftliche Beratung – Verrechnungssysteme mbH), 76255 Ettlingen, Weberstrasse 55 und 45470 Mülheim an der Ruhr, Obere Saarlandstr. 3.

Hierbei treten wir die Honorarforderungen ab. Die ABV ist damit als Forderungsinhaber Ihr Ansprechpartner. Durch die Abtretung des Arzthonorars wäre die Praxis in einem honorarstreitigen Verfahren lediglich Zeuge, so dass Sie sich bei eventuellen Streitfällen mit der ABV auseinandersetzen müssten. Die Rechnungsstellung erfolgt nach den Weisungen der Praxis und ist für Sie nicht mit Mehrkosten verbunden.

Zur Rechnungserstellung ist die Übermittlung Ihrer persönlichen Daten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und Diagnosen an die Abrechnungsgesellschaft erforderlich. Alle Daten werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen vom Abrechnungsunternehmen, welches selbst zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, vertraulich behandelt und nur zur Rechnungserstellung und Einziehung verwendet.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Datenweitergabe auf digitalem Weg mittels einer verschlüsselten Datei (PAD-Transfer) sowie dem geschilderten Abrechnungsverfahren und der Abtretung der Honorarforderungen an die ABV für jede zukünftige Behandlung durch unsere Praxis einverstanden.

EINWILLIGUNG:

☐ **Ich bin mit der Datenweitergabe und Rechnungsstellung durch die ABV einverstanden.**
Diese Einwilligung können Sie grundsätzlich jederzeit widerrufen, der Widerruf bedarf der Schriftform.

☐ **Nein, ich erteile keine Einwilligung.** (Bitte zahlen Sie Ihre Rechnungen bar am Untersuchungstag)

Hamburg, «DTM1» **X**.....

Ort, Datum, Unterschrift Patient(in)/ Erziehungsberechtigter/ Bevollmächtigter

Gender Disclaimer

Wir bemühen uns stets um Ausgleich folgender Ziele: A) Text-Verständlichkeit mit Rücksichtnahme auf unser internationales Publikum, B) bevorzugte Ansprache beider biologischer Geschlechter oder Nutzung der generischen Grundform (z.B. Fachkraft), die sich im Deutschen auf alle Geschlechter bezieht. Alle Ansprachen beziehen sich immer zugleich auf weibliche, männliche und diverse Personen. Wir respektieren und wertschätzen alle individuellen Besonderheiten als Teil unserer Gesellschaft, machen uns allerdings aggressiv sprachpolizeiliche und selbstverachtende bzw. nicht-inklusive Tendenzen der VOKE-Kultur nicht zu Eigen.

Hamburgisches Krebsregister

Wir sind gesetzlich zur Meldung bei Krebs-Erstdiagnose und bei weiteren Meldeanlässen innerhalb von 2 Monaten verpflichtet, soweit sie der Meldung nicht widersprechen. Der Widerruf bedarf der Schriftform. Sie können der Meldung ihrer personenbezogenen Daten oder des gesamten Datensatzes widersprechen. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem Aushang in unserer Praxis, weitere Auskünfte erteilt das Krebsregister Hamburg (040) 428 37 22 11.

Aufbewahrungs- und Weitergabepflichten

Gesetzlichen Pflichten zur Aufbewahrung von Behandlungsunterlagen und gesetzlichen berufsrechtlichen bzw. kassenarztrechtlichen Pflichten zur Weitergabe Ihrer Daten können sie nicht widersprechen.

Organisatorischer und technischer Datenschutz

PD Dr. Boris Brand ist verantwortlich für den Datenschutz in unserer Praxis. Unsere Praxis verfügt über eine interne Regelung zum Datenschutz entsprechend aktueller Gesetzgebung. Durch organisatorische, räumliche, mechanische und digitale (insbes. Firewall, Virenschutzprogramm) Maßnahmen stellen wir den Schutz Ihrer Daten sicher. Für die medizinische Dokumentation und die Kommunikation medizinischer Sachverhalte verwenden wir ausschließlich zertifizierte und datengesicherte bzw. verschlüsselte Anwendungen (Praxisprogramm, Terminplaner, Kommunikationsprogramme etc.). Bitte beachten Sie, dass nicht zertifizierte Kommunikations-Anwendungen wie E-Mail, Whats App etc. nicht datensicher und somit für die Kommunikation medizinischer/ vertraulicher Informationen ungeeignet sind. Die Portabilität Ihrer Daten in einem maschinenlesbaren Format (§20 EU DSGVO) stellen wir durch Bereitstellung Ihrer Daten mittels zertifizierter datensicherer Anwendungen (z.B. Lifetime-App) sicher.

Die gesetzlichen Anforderungen an die Einwilligung zur Datenverarbeitung/Weitergabe wurden aktuell verschärft. Dies führt im medizinischen Kontext im Einzelfall leider zum Zielkonflikt zwischen Datenschutz und Behandlungssicherheit/Behandlungsqualität. Wir halten zuverlässige Kommunikationsstandards für unverzichtbar zur Sicherstellung einer optimalen Patientensicherheit und Behandlungsqualität. Im Rahmen unseres Qualitätsmanagements haben wir für Sie ein Recall-, Unterlagenweiterleitungs- und Patienteninformationssystem entwickelt. Hierzu sind nun individuelle Einwilligungserklärungen notwendig. Soweit Sie einzelnen oder allen Einwilligungen widersprechen sollten, können sich Beeinträchtigungen bei der Sicherheit und Qualität Ihrer Behandlung ergeben, für die wir keine Haftung übernehmen. Bitte erteilen sie alle Einwilligungen. Aus unserer Sicht fehlt bei unvollständigen Einwilligungen die Basis für eine tragfähige therapeutische Beziehung, wir sind dann nur zur Notfallbehandlung verpflichtet.

Terminmanagement- & Recall-System

Für die zeitnahe Kommunikation über Terminänderungen, Terminerinnerungen und andere Sachverhalte im Behandlungskontext nutzen wir neben Brief und Telefon datenschutzkonform auch digitale Kanäle, soweit dies datenschutz-konform möglich sind.

Nutzung hier bereits erfasster persönlicher Daten (inkl. Datenweiterleitung)

Zum 01.07.2023 wird das internistische Gastroenterologikum in Trägerschaft des MVZ ifi-Institut weiter betrieben. Im Zusammenhang mit dem Betreiberwechsel bitte wir um Ihre Einwilligung zur weiteren Verwendung bereits über Sie erfasster personenbezogener und medizinischer Daten dieser Praxis vor Ort sowie im ifi-Institut. Ihre Befunde und personenbezogenen medizinische Unterlagen tauschen (empfangen/sendern) wir im Behandlungsfall mit den von Ihnen angegebenen weiterbehandelnden Personen, bzw. bei Krankenhauseinweisung mit dem jeweiligen Krankenhaus aus. Wir sind derzeit als Konsiliarärzte im Marienkrankenhaus tätig und kooperieren mit der Ernährungswissenschaftlerin, Frau Dipl. oec.-tröph. Kirsten Malluvius, im Rahmen einer ärztlich begleiteten Ernährungsberatung. Wir arbeiten mit dem AescuLabor im Haferweg 36, 22769 Hamburg im Amedes-Verbund zusammen. Hiermit erklären sie sich einverstanden, dass die Praxis sowohl Probenmaterial als auch alle erforderlichen Daten (z.B. Name, Alter, Adresse, Versicherungsart, notwendige Angaben zur Grunderkrankung, Vorbefunde) an das Labor weitergeben darf. Zur Durchführung von Spezialanalysen kann Ihr Blut bzw. andere Körpermaterialien sowie notwendige Daten zu Ihrer Person an andere akkreditierte Auftragslabore weiter gegeben werden, die ebenfalls allen gesetzlichen Vorgaben zu Schweigepflicht/Datenschutz unterliegen. Wir tauschen (empfangen/sendern) im Behandlungsfall Unterlagen ggf. nur per verifiziertem Fax, Post oder über datenschutz-konforme digitale Plattform aus. Die Praxis garantiert nicht für das Gelingen von Recall bzw. Unterlagenweiterleitung.

Einwilligung gemäß Datenschutz

- ☐ **Ja!** Ich stimme der Nutzung meiner bisherigen & künftigen Daten wie oben angegeben zu!
Die Einwilligung können Sie grundsätzlich jederzeit widerrufen, der Widerruf bedarf der Schriftform.
- ☐ **Nein!** Ich erteile keine Einwilligung, eine reguläre Behandlung in dieser Praxis ist nicht möglich!
Ein Arztkontakt ist nur möglich, wenn ein nicht aufschiebbarer medizinischer Notfall vorliegt.

Hamburg, «DTM1» X.....

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r bzw. Bevollmächtigte/r