

Tipps zu Arztbesuchen

DSTG-Mitglieder erfahren im DSTG-Seniorenbeirat-Info rechtliche Hinweise und praktische Tipps für die Arztbesuche und Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten. Ein Arztgespräch kann manchmal stressig sein, aber mit der richtigen Vorbereitung kann es viel einfacher und produktiver werden. Dabei hilft das Wissen über die eigenen Rechte und Pflichten gegenüber behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Kliniken oder der Krankenversicherung, auf deren Entscheidungen Einfluss nehmen zu können. Informierte und erfahrene Patientinnen und Patienten betreten gut vorbereitet und selbstbewusst eine Arztpraxis, lassen sich Laborwerte und andere Befunde verständlich erklären und aushändigen und fragen gezielt nach im Dialog mit Ärztinnen und Ärzten. Dies fördert letztlich auch die eigene Gesunderhaltung.

1. Patientenrechte

Beamten und Beamte, Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, in der Regel bei einer privaten Krankenversicherung (PKV) versichert, sollten ihre Patientenrechte kennen.

Die Patientenrechte betreffen die Behandlung und den Umgang mit medizinischen Informationen:

- **Recht auf freie Arztwahl,** d. h. Patientinnen und Patienten können Ärztinnen und Ärzte frei wählen, sofern dies nicht durch Tarifregelungen der Krankenversicherung eingeschränkt ist.
- **Recht auf Aufklärung und Information,** d. h. Patientinnen und Patienten haben das Recht, über ihre medizinische Behandlung selbst zu entscheiden und sind umfassend über alle Aspekte der Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten, möglichen Risiken und Nebenwirkungen sowie Alternativen von Ärztinnen und Ärzten umfassend und verständlich zu informieren!
- **Recht auf Selbstbestimmung,** d. h. jede medizinische Maßnahme darf nur mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Patientinnen und Patienten können Behandlungen ablehnen, auch wenn Ärztinnen und Ärzte sie für notwendig halten.
- **Einsichtsrecht in die Patientenakte,** d. h. Patientinnen und Patienten dürfen ihre medizinischen Behandlungsunterlagen einsehen und Kopien davon anfordern. Dies umfasst die vollständige (elektronische) Krankenakte, inklusive aller Befunde, Diagnosen und Behandlungsdokumentationen. Dieses Recht ermöglicht es Patientinnen und Patienten, die eigene medizinische Versorgung besser zu verstehen und gegebenenfalls weitere Informationen oder Klarstellungen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu verlangen. Die Überlassung einer (Daten-) Kopie der Behandlungsdokumentation kann daneben seit Inkrafttreten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) auch auf [Artikel 15 Absatz 3 der DSGVO](#) gestützt werden.
- **Recht auf Datenschutz,** d. h. ausnahmslos alle Informationen zur ärztlichen Behandlung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht ([§ 9 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin \(BO\)](#)). Ohne Einwilligung der Patientinnen und Patienten dürfen keine persönlichen und medizinischen Daten an Dritte weitergegeben werden. Das medizinische Personal ist verpflichtet, die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten zu wahren und ihre Daten vor unbefugtem Zugriff zu schützen. Dies beinhaltet auch die Einhaltung der Datenschutzgesetze, wie zum Beispiel der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

2. Patientenrechtegesetz

Die Patientenrechte sind seit 2013 im Patientenrechtegesetz verankert. Dieses Artikel-Gesetz ist im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) in den §§ 630a bis 630h festgehalten. Es regelt die wesentlichen Rechte von Patientinnen und Patienten gegenüber Ärztinnen und Ärzten und anderen Behandelnden, wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern.

Die Patientenrechte aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) im Einzelnen:

§ 630a – BGB Behandlungsvertrag

- Der Behandlungsvertrag regelt die Rechte und Pflichten von Patienten und Behandelnden. Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.
- Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist (Abs. 2).

§ 630c – BGB Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

- Behandelnde und Patientinnen und Patienten sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken. Behandelnde sind verpflichtet, Patientinnen und Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.

§ 630d – BGB Einwilligung

- Jede medizinische Maßnahme bedarf der vorherigen Einwilligung von Patientinnen und Patienten. Sie ist nur wirksam, wenn Patientinnen und Patienten zuvor ordnungsgemäß aufgeklärt wurden.

§ 630e – BGB Aufklärungspflicht

- Behandelnde sind verpflichtet, Patientinnen und Patienten umfassend über Diagnose, Therapien, Risiken und Alternativen aufzuklären. Diese Aufklärung muss rechtzeitig und verständlich erfolgen.

§ 630f – BGB Dokumentation

- Behandelnde müssen die Behandlung und deren Verlauf sorgfältig dokumentieren. Patientinnen und Patienten haben das Recht, ihre Patientenakte einzusehen und (Daten-) Kopien zu erhalten.

§ 630g – BGB Einsichtsrecht

- Patientinnen und Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die eigene vollständige Patientenakte zu gewähren. Kopien der Unterlagen oder auch elektronische Abschriften von der Patientenakte sind auf Wunsch auszuhändigen.

§ 630h – BGB Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

- Ein Fehler der bzw. des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit von Patientinnen und Patienten geführt hat.

3. Durchsetzung der Patientenrechte

Unterstützung zur Durchsetzung der Rechte bieten an

- **Patientenberatungsstellen:** Die [Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland \(UPD\)](#) ist eine gemeinnützige Institution, deren Auftrag es ist, Ratsuchenden kostenfrei umfassende Informationen und individuelle Beratung in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen zu bieten.
- **Schlichtungsstellen:** Patientinnen und Patienten können sich an den [Ombudsmann](#) der privaten Kranken- und Pflegeversicherung wenden. Die [Ärztekammer Berlin](#) bietet Berliner Patientinnen und Patienten im Fall von [Streitigkeiten über Behandlungsfehler](#) die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens (Schlichtungsordnung v. 9.12.2020) an. Brandenburger Patientinnen und Patienten können direkt bei der [Landesärztekammer Brandenburg](#) einen Antrag auf Einleitung eines Gutachtenverfahrens stellen. Im Rahmen dieser Verfahren kann geklärt werden, ob ein Gesundheitsschaden vorliegt, ob die Behandlung fehlerhaft erfolgt ist, und ob der Gesundheitsschaden nachweisbar auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen ist.
- **Ärztekammern und Krankenversicherung:** Diese Institutionen bieten Unterstützung an und sind verpflichtet, Beschwerden nachzugehen.
- **Medizinrechtsanwälte:** In schwerwiegenden Fällen kann es sinnvoll sein, einen Anwalt für Medizinrecht zu konsultieren, um rechtliche Schritte einzuleiten und Ansprüche durchzusetzen.

4. Ärztinnen und Ärzte

Neue kompetente Ärztinnen und Ärzte zu finden, ist für sich schon eine Herausforderung; einzelne Kriterien zur persönlichen Auswahl der Ärztinnen und Ärzte können beispielsweise sein:

- Online-Plattformen, um passende Ärztinnen und Ärzte in Wohnortnähe ausfindig zu machen (z. B. [Debeka](#), [AOK](#), [Arzt-Auskunft der Stiftung Gesundheit](#));
- Bewertungen und Erfahrungsberichte anderer Patienten in Plattformen, diese aber mit Vorsicht zu betrachten und
- persönliche Empfehlungen aus dem Freundes- und Familienkreis.

Privatarztpraxen können eine Alternative sein:

- ➔ Internetseite mit umfangreicher Beschreibung der Praxis sowie Praxisleistungen;
- ➔ vielfältige Terminoptionen einschließlich Abend- und Wochenendtermine;
- ➔ schnelle und unkompliziert koordinierte Termine;
- ➔ kürzere Wartezeiten in der Praxis;
- ➔ bei guter Organisation und geordneten Patientendurchlauf keine vollen Warteräume;
- ➔ Ärztinnen und Ärzte oftmals mit bestimmten Qualifikationen und Spezialisierungen;
- ➔ besseres Leistungsspektrum durch erweiterte Behandlungen sowie alternativen Heilverfahren;
- ➔ neuwertigere medizinische Technikausstattung und aktuelle Diagnostik;
- ➔ bei Bedarf Intensive gründlichere ärztliche Untersuchungen;
- ➔ zeitintensivere individuellere Beratung, Aufklärung und umfassende Betreuung;
- ➔ direkter Zugang zu Spezialisten und weiteren Fachärzten oder zu Spezialuntersuchungen.

Kriterien für die Auswahl der Ärztinnen und Ärzte:

1. **Fachliche Kompetenz:** Entscheidend sollten die ärztlichen Qualifikationen, Spezialisierungen und Erfahrungen im Fachgebiet stehen, die für die eigenen Beschwerden oder bevorstehende Behandlung relevant sind.
2. **Spezialisierung:** Je nach gesundheitlichen Bedürfnissen kann es wichtig sein, Ärztinnen und Ärzte zu wählen, die für das eigene hauptsächliche Problem spezialisiert sind.
3. **Erreichbarkeit und Öffnungszeiten:** Arztpraxen sollten stets barrierefrei und gut erreichbar sein, entweder zu Fuß, mit dem Auto oder öffentlichen Verkehrsmitteln; Öffnungszeiten sollten passen.
4. **Ausstattung und Service:** Moderne Arztpraxen mit guter medizinischer Ausstattung und einem breiten Serviceangebot bieten eine optimale Versorgung. Eine entspannte Atmosphäre in der Praxis erleichtern die Auswahl.
5. **Kommunikation:** Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation ist entscheidend für die erfolgreiche Behandlung und macht den Arztbesuch wohltuender.
6. **Beispiele von medizinischen Fragen für ein Erstgespräch:**
 - ➔ Was könnte die Ursache meiner Symptome sein?
 - ➔ Welche Tests oder Untersuchungen werden empfohlen?
 - ➔ Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?
 - ➔ Welche Nebenwirkungen können bei der vorgeschlagenen Behandlung auftreten?
 - ➔ Wie lange wird die Behandlung dauern?
 - ➔ Gibt es alternative Behandlungsmethoden?
 - ➔ Welche Änderungen im Lebensstil könnten meine Gesundheit verbessern?
 - ➔ Wie kann ich zukünftigen Problemen vorbeugen?

5. Vorbereitung des Arztbesuches

Eine gute Vorbereitung auf den Arztbesuch bringt Vorteile:

- **Patientenverfügung:** Patientinnen und Patienten sollten vor größeren chirurgischen Eingriffen die Patientenverfügung aktualisieren und für die ärztliche Behandlung bereithalten.
- **Kommunikation:** Notizen über Beschwerden, deren Dauer, Vorerkrankungen, wichtige Fragen sowie ein aktueller Medikamentenplan erleichtern das spätere Arztgespräch. Wer Symptome und Fragen im Voraus notiert, stellt sicher, dass nichts Wichtiges vergessen wird.
- **Begleitperson:** Im Einzelfall kann es auch hilfreich sein, eine Vertrauensperson zur Unterstützung mitzunehmen, die zuhören und auch zusätzliche Fragen stellen kann.
- **Zeitersparnis:** Bei guter Vorbereitung bleibt Zeit für die eigentliche Beratung und Behandlung.
- **Behandlung:** Frühere Befunde anderer Ärztinnen und Ärzte, Röntgen-, Ultraschall- und MRT-Aufnahmen, Krankenhaus-Entlassungsbriefe sollten für das Gespräch bereitgehalten werden. Wichtig sind auch Gesundheitspässe, zum Beispiel Allergiepass, Impfpass, Schlaganfall-Pass, Implantate-Pass. Bei vollständiger Information über die Krankengeschichte und auch Allergien können Ärztinnen und Ärzte eine individuellere und sicherere Behandlung ausarbeiten.
- **Reduzierung von Stress:** Eine gute Vorbereitung ist die Grundlage für eine angenehme Gesprächsatmosphäre mit Ärztinnen und Ärzten, die es erleichtert, offener und weniger gestresst über die eigenen Gesundheitsprobleme sprechen zu können.

6. Honorarvereinbarung

Privatversicherte sind direkte Vertragspartner der Ärztinnen und Ärzte.

- Wird keine individuelle Honorarvereinbarung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vor der Behandlung unterschrieben, gilt der reguläre Gebührenrahmen der GOÄ innerhalb der vorgegebenen Steigerungssätze (Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt mit 1,0-fachen bis 3,5-fachen Satz).
- Ärztinnen und Ärzte müssen Patientinnen und Patienten über die Verarbeitung ihrer Daten informieren. Hinsichtlich des Datenschutzes von Patientinnen und Patienten müssen sie aber keine schriftliche Einwilligung und Bestätigung mehr einholen. Dies kann durch Merkblätter, Aushänge oder elektronisch erfolgen.
- Einwilligungserklärungen von Patientinnen und Patienten für die Abrechnung durch privatärztliche Verrechnungsstellen sind auch nicht mehr notwendig. Die Datenschutz-Grundverordnung ([DSGVO](#)), insbesondere [Artikel 9](#), erlaubt die Verarbeitung von Gesundheitsdaten für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- und Sozialbereich.

Die individuelle Honorarvereinbarung muss stets vor der Erbringung der Leistung schriftlich mit Patientinnen und Patienten festgehalten werden.

Die Höhe des Gebührensatzes wird durch den Schwierigkeitsgrad, den Zeitaufwand und die Umstände der Leistungserbringung bestimmt. Normalerweise wird der 2,3-fache Satz der GOÄ (Regelhöchstsatz) angewendet. In Ausnahmefällen können Ärzte bis zum 3,5-fachen des GOÄ-Wertes berechnen. Dies muss jedoch begründet und dokumentiert sein. Typische Leistungen, die mit einem erhöhten Satz nach der GOÄ abgerechnet werden können, sind oft solche, die besonders zeitaufwendig, komplex oder unter erschwerten Bedingungen durchgeführt werden. Wenn keine passende GOÄ-Ziffer vorhanden ist, können Ärztinnen und Ärzte eine [Analogziffer](#) verwenden.

PKV-Patienten können mit Ärztinnen und Ärzten eine [Honorarvereinbarung](#) treffen, um höhere Gebührensätze als die üblichen Regelsätze zu [vereinbaren](#). Dies ist besonders dann relevant, wenn Ärztinnen und Ärzte für eine bestimmte Behandlung einen außergewöhnlichen Aufwand geltend machen.

7. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Die Gebührenordnung für Ärzte ([GOÄ](#)) ist eine Rechtsverordnung.

Die GOÄ regelt in zwölf Paragraphen die Vergütung aller medizinischen Leistungen und Auslagen der Ärztinnen und Ärzte außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Ärztinnen und Ärzte verwenden die GOÄ, um ihre erbrachten Leistungen bei Privatpatienten abzurechnen. Sie ist die reguläre Form der Abrechnung bei Beamtinnen und Beamten, Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern. Die GOÄ umfasst die ärztlichen Leistungen mit Ziffern in einem Gebührenverzeichnis mit 16 Kapiteln, die nach Abschnitten, Paragraphen und Punktwerten sortiert und mit Euro-Werten versehen sind.

- ! **Einfacher Satz:** Der einfache Gebührensatz entspricht dem 1,0-fachen des GOÄ-Wertes. Dies ist der Standardwert für eine durchschnittliche Leistung.
- ! **Erhöhter Satz:** Ärztinnen und Ärzte können den Gebührensatz bis zum 2,3-fachen des GOÄ-Wertes erhöhen, wenn die Leistung besonders aufwendig oder schwierig war.
- ! **Maximaler Satz:** In Ausnahmefällen können Ärztinnen und Ärzte bis zum 3,5-fachen des GOÄ-Wertes berechnen; dies muss begründet und dokumentiert sein.
- ! **Analogziffern:** Wenn keine passende GOÄ-Ziffer vorhanden ist, können Ärztinnen und Ärzte eine Analogziffer verwenden.

Sind neuere Behandlungsmethoden bisweilen nicht im Leistungsverzeichnis der GOÄ zu finden, erfolgt die Abrechnung in diesen Fällen über sogenannte Analogziffern (§ 6 Abs. 2 GOÄ).

8. Neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Die Bundesärztekammer und der PKV-Verband planen eine Neufassung der GOÄ, die auch neue medizinische Behandlungsmethoden beinhaltet, Analogabrechnungen sollen dann nicht mehr notwendig sein.

Zuständig für die neue Rechtsverordnung ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

9. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Die Gebührenordnung für Zahnärzte ([GOZ](#)) regelt die Vergütung der zahnärztlichen Leistungen für Privatversicherte.

Die GOZ ist für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte bei der Honorarfindung bindend, „soweit nicht durch das Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist“ (§ 1 Abs. 1 GOZ). Darüber hinaus bestimmt die GOZ die Abrechnungshöhe für den Anteil von Behandlungen (Eigenanteil der privaten Zusatzleistungen), den die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) selbst tragen müssen.

Zahnmedizinische Leistungen sind durch das GOZ-Gebührenverzeichnis Nummern zugeordnet. Diese GOZ-Nummern haben eine Punktzahl, welche den Aufwand abbildet. Der individuelle Schwierigkeitsgrad der konkreten zahnmedizinischen Leistung wird zusätzlich durch den sog. Satz oder auch Faktor abgebildet. Die Höhe des Steigerungssatzes wird vom Zahnarzt nach billigem Ermessen festgelegt.

Eine Honorarvereinbarung mit Zahnärzten kann sinnvoll sein, wenn eine Behandlung aufwendiger ist und Zahnärztinnen und Zahnärzte dafür ein höheres Honorar als den üblichen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) verlangen. Zahnärztinnen und Zahnärzte müssen die Inhalte der Honorarvereinbarung mündlich mit Patienten besprechen und danach in schriftlicher Form festhalten.

Abrechnen können Zahnärztinnen und Zahnärzte nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ die Leistungen, wenn der Aufwand der Behandlung dies rechtfertigt, auch nach einem erhöhten Faktor, wenn zuvor mit Patienten eine Vereinbarung getroffen wurde.

Die Vereinbarung muss schriftlich festgehalten und von Patienten unterschrieben werden. Sie muss den Grund für das höhere Honorar klar darlegen. Die Erstattung hängt im Wesentlichen vom PKV-Tarif (z.B. Erstattung nur bis zum 3,5-fachen Honorarsatz der Gebührenordnung) ab.

10. Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker üben ihren Beruf eigenverantwortlich aus und zählen zu den freien Berufen im Sinne des § 18 EStG.

Die Tätigkeit der Heilpraktiker beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Dienstvertrag mit Patientinnen und Patienten, der nach [§ 145 BGB](#) nicht an eine Form gebunden ist und auch ohne ausdrückliche Vereinbarung durch schlüssige Handlung zustande kommen kann.

Für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker gibt es keine durch Landes- oder Bundesrecht bindende Gebührenordnung. Die Höhe der Vergütung ist nach [§ 611 BGB](#) der freien Vereinbarung zwischen Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern und Patientinnen und Patienten überlassen.

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker orientieren sich am Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH). Das GebüH listet Heilpraktikerleistungen und den jeweiligen Honorarraum auf und dient als Orientierungshilfe für die Erstattung der Heilpraktikerleistungen durch die Kostenträger. Da es keine rechtlich bindende Gebührenordnung wie bei Ärzten gibt, haben Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker eine gewisse Freiheit bei der Festlegung ihrer Honorare. Wird das Honorar vor der Behandlung nicht

ausdrücklich vereinbart, können Patienten davon ausgehen, dass sich die Vergütung im Rahmen der im GebüH enthaltenen Beträge bewegt.

Bei der Rechnungserstellung müssen Vor- und Zuname des Patienten, die vollständige Adresse, die Diagnose sowie die einzelnen Leistungen und Beträge angegeben werden. Die Fälligkeit der Rechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) richtet sich in der Regel nach den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen. Wird keine spezifische Zahlungsfrist angegeben, gilt gemäß [§ 286 BGB](#) die gesetzliche Zahlungsfrist von 30 Tagen; wird ein konkretes Zahlungsziel angegeben, ist diese Frist bindend.

11. Vergütungen der Heilmittelerbringer

Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung der GKV. Er schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen (GKV) die Verträge mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene.

Für jeden Heilmittelbereich nach [§ 125 Abs. 1 SGB V](#) gibt es Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit dem jeweiligen Heilmittel für den

- Bereich Physiotherapie,
- Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie,
- Bereich Ergotherapie,
- Bereich Podologie und
- Bereich Ernährungstherapie.

Für Privatpatienten gibt es kein einheitliches Gebührenverzeichnis. Heilbehandlerinnen und Heilbehandler können ihre Preise für Selbstzahler weitgehend frei festlegen, orientieren sich aber oft an den GKV-Sätzen.

Die beihilfefähigen Höchstbeträge im Bund und in den Ländern sind jedoch nicht für die Heilbehandlerinnen bzw. die Heilbehandler maßgebend. Da sie nicht bindend sind, kann es zu einer erheblichen Preisvarianz kommen.

Der DSTG-Seniorenbeirat Berlin empfiehlt, vor den Anwendungen unbedingt die einzelnen Behandlungspreise zu vergleichen und schriftliche Kostenvoranschläge einzuholen, um die eigene Belastung möglichst gering zu halten. Oft bieten Praxen Rabatte oder spezielle Pakete an, um Selbstzahlern entgegenzukommen. Es lohnt sich, verschiedene Praxen aufzusuchen und Angebote zu vergleichen.

Auffallend ist bei einigen Heilmittelerbringern, dass sie sich bei der Preisfestsetzung an den höheren Beihilfesätzen der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) orientieren. Dies geht stets zu Lasten der Berliner Patientinnen und Patienten.

Mit Inkrafttreten der zehnten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) hat das Bundesverwaltungsamt die beihilferechtlichen Höchstbeträge für Heilmittel - Heilmittelverzeichnis ([Anlage 9 zu § 23 Absatz 1 BBhV](#)) - in den Bereichen Physiotherapie, Podologie und Ernährungstherapie zum 1. April 2024 bzw. zum 1. August 2024 die jeweiligen Höchstpreise im Bereich der GKV angepasst.

Es bleibt abzuwarten, ob und inwieweit der Senat von Berlin mit der noch hoffentlich in 2024 zu erwartenden 5. Verordnung zur Änderung der Beihilfavorschriften die beihilferechtlichen Höchstbeträge für Heilmittel wirkungsgleich – wie im Bund - an die jeweiligen Höchstpreise der GKV anpasst.

12. Arztgespräche

In der Arztpraxis angekommen, sollten Patientinnen und Patienten zuerst auf die Hygienemaßnahmen der Praxis und die Möglichkeit zur Händedesinfektion achten. Bei Bedarf muss das Personal darauf angesprochen werden. In Arztgesprächen kann offen über die Beschwerden und Bedenken geredet und bei Bedarf nachgefragt werden, wenn etwas nicht verständlich ist (ärztliche Schweigepflicht!).

- **Begrüßung und Vorstellung:** Ärztinnen und Ärzte stellen sich namentlich vor!
 - **Anamnese:** Der Ärztinnen und Ärzte fragen nach aktuellen Beschwerden, der Krankengeschichte, Medikamenten und eventuellen Allergien. Es ist hilfreich, wenn vorher Notizen gemacht werden, um nichts Wichtiges zu vergessen!
 - **Untersuchung:** Ärztinnen und Ärzte führen je nach Beschwerden eine körperliche Untersuchung durch und sollten diese Schritte verständlich auch erläutern!
 - **Laboruntersuchungen:** Patientinnen und Patienten sollten darauf achten, in der Arztpraxis nicht verwechselt zu werden, beispielsweise vor einer Blutentnahme.
 - **Diagnose und Beratung:** Ärztinnen und Ärzte erklären die möglichen Ursachen von Beschwerden, stellen eine Diagnose und empfehlen in der Regel eine Behandlung!
 - **Fragen und Antworten:** Patientinnen und Patienten können Fragen stellen und Unklarheiten klären! Wenn Ärztinnen und Ärzte die nächsten Schritte erklären, sollten Patientinnen und Patienten nachfragen:
 - ➔ Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es noch?
 - ➔ Was sind die Vor- und Nachteile dieser Möglichkeiten?
 - ➔ Wie wahrscheinlich sind die jeweiligen Vor- oder Nachteile?
 - ➔ Was kann ich selbst tun?
- /// **Befundbericht/Kopien:** Sofern Ärztinnen und Ärzte nach der Untersuchung nicht einen schriftlichen Befund mit den entsprechenden Aussagen fertigen, sollten Patienten von den wichtigen medizinischen Untersuchungen wie z. B. von Elektrokardiogramm (EKG), Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, Lungenfunktionstest, Sonografien der Organe, Hörtest, Augentest, Laborwerte, usw., auf alle Fälle eine Kopie anfordern. Bei Röntgen- und MRT-Aufnahmen betrifft das neben dem schriftlichen Befund auch Datenträger. Patienten haben ein Recht auf Einsicht in die Krankenakte bzw. Erhalt einer Kopie.

Ärztinnen und Ärzte unterliegen einer Dokumentationspflicht, die durch das Patientenrechtegesetz verankert ist. Die Dokumentation in der Patientenakte ist in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung vorzunehmen (§ 630f Abs. 1 S. 1 BGB), und hat somit in der Regel während oder unmittelbar nach der Behandlung zu erfolgen. Zur Beweissicherung ist auch der Zeitpunkt der Vornahme der Dokumentation aufzunehmen. § 630f Abs. 2 BGB bestimmt den Umfang (Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Befunde, Therapien und deren Wirkungen, Eingriffe und deren Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen) der erforderlichen Dokumentation. Im Falle von rechtlichen Auseinandersetzungen dient diese Dokumentation als Beweis.

Ärztliche Aufzeichnungen müssen nach Abschluss der Behandlung in der Regel 10 Jahre lang aufbewahrt werden (§ 630f BGB). Diesen Zeitraum schreiben § 57 Abs. 3 des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) und § 10 Abs. 3 der [\(Muster-\) Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte](#) vor. Für spezielle Behandlungen z. B. um Röntgen, Strahlenschutz, Transfusionen, gelten besondere Aufbewahrungsfristen. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen können Patientenakten in der Regel vernichtet werden. Dabei müssen Ärztinnen und Ärzte Datenschutz- und Sicherheitsvorschriften beachten, um sicherzustellen, dass sensible Informationen nicht in falsche Hände geraten.

13. Ärztliche Schweigepflicht

Die ärztliche Schweigepflicht ist eine gesetzliche Verpflichtung für Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Fachpersonal, über alle persönlichen und medizinischen Informationen, die ihnen im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit anvertraut werden, Stillschweigen zu bewahren. Die ärztliche Schweigepflicht ist sowohl in den Berufsordnungen der Landesärztekammern (§ 9 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (BO)) als auch im Strafgesetzbuch ([§ 203 StGB](#)) geregelt. Die ärztliche Schweigepflicht gilt umfassend; der geschützte Bereich ist weit zu ziehen. Diese Pflicht gilt gegenüber jedem, einschließlich Familienangehörigen, Arbeitgebern und auch Polizeidienststellen.

Zu dem Patientengeheimnis gehören Tatsachen und Umstände, die sich auf den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten beziehen wie Diagnosen, Therapien, ärztliche Aufzeichnungen, Röntgenunterlagen, Untersuchungsbefunde. Das Patientengeheimnis umfasst aber auch Meinungen, Empfindungen, Handlungen, familiäre, finanzielle und berufliche Verhältnisse, an deren Geheimhaltung die Patientinnen und Patienten erkennbar ein Interesse haben. Dazu zählt bereits der Umstand, dass sich eine Patientin oder ein Patient überhaupt in ärztlicher Behandlung befunden hat. Auch der Name der Patientin oder des Patienten gehört zu dem durch die Schweigepflicht geschützten Bereich.

Voraussetzung für das Brechen der Schweigepflicht ist, Patientinnen und Patienten haben deutlich erkennbar eingewilligt und sind einwilligungsfähig.

In bestimmten Fällen sind jedoch Ärztinnen und Ärzte gesetzlich verpflichtet, Informationen weiterzugeben.

- Bei bestimmten Infektionskrankheiten verpflichtet das Infektionsschutzgesetz (IfSG) Ärztinnen und Ärzte dazu, den Krankheitsfall oder den Erregernachweis dem Gesundheitsamt mitzuteilen.
- Der Staatsvertrag zwischen Berlin und Brandenburg über Einrichtung und Betrieb eines klinischen Krebsregisters nach [§ 65c SGB V](#) regelt, dass Ärztinnen und Ärzte, die in den Ländern Berlin und Brandenburg tätig sind, bestimmte (auch personenbezogene) Daten über Krebserkrankungen an das Klinische Krebsregister der Länder Berlin und Brandenburg zu melden haben.
- Zum Schutz vor unnötigen Strahlenbelastungen bestimmt die Röntgenverordnung, dass Ärztinnen und Ärzte der zuständigen Ärztlichen Stelle Röntgenaufnahmen zur Prüfung vorzulegen haben (§ 85 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG)). Ärztinnen und Ärzte müssen Aufnahmen einem nachbehandelnden Arzt auf dessen Verlangen vorübergehend zu überlassen.
- Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) regeln den Umgang mit Betäubungsmitteln. bezieht sich auf die besonderen Anforderungen an die Verschreibung und Nachweis des Verbleibs (§ 5a BtMVV) sowie der Bestand der Betäubungsmittel müssen Ärztinnen und Ärzte lückenlos nachweisen.

Verstöße gegen die Schweigepflicht können für Ärztinnen und Ärzte strafrechtliche Konsequenzen ([§ 203 StGB](#) - Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder einer Geldstrafe) und berufsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen. Neben der strafrechtlichen Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte besteht eine zivilrechtliche Haftung über [§ 823 BGB](#) in Verbindung mit § 203 StGB auf Schadensersatz oder Schmerzensgeld. Darüber hinaus kann die zuständige Ärztekammer Maßnahmen (Verweis, Geldbuße, Aberkennung der Mitgliedschaft) wegen eines Verstoßes gegen § 9 der Berufsordnung ergreifen.

Nach dem Tod von Patientinnen und Patienten besteht die Schweigepflicht für Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich weiter. Sie bleibt bestehen, um die Privatsphäre und das Vertrauen des Patienten zu schützen. Die medizinischen Unterlagen von Verstorbenen sind weiterhin vertraulich zu behandeln und unterliegen den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für Patientenakten, in der Regel 10 Jahre.

14. Nach dem Arztgespräch/Arztbesuch

Nach Arztgesprächen/Arztbesuchen ist es zweckmäßig, zeitnah eigene Aufzeichnungen/Notizen zu machen und zusammen mit den erhaltenen ausgedruckten Mess- oder Laborwerten bzw. sonstigen Protokollen von Kontrolluntersuchungen aufzubewahren. Ratsam ist die persönliche Aufbewahrung aller ärztlichen Unterlagen – nach Ärztinnen und Ärzte getrennt – für weitere ärztliche Behandlungen.

15. Unabhängige ärztliche Zweitmeinung

Patientinnen und Patienten haben das Recht, vor größeren ärztlichen Eingriffen eine medizinische Zweitmeinung einzuholen. Die Details regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Zweitmeinungsrichtlinie (Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß [§ 27b Absatz 2 SGB V](#)). Diese Richtlinie legt fest, für welche planbaren Eingriffe Patientinnen und Patienten einen Rechtsanspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung haben. Sie legt außerdem die allgemeinen und indikationsspezifischen Anforderungen an das Zweitmeinungsverfahren und an die Erbringer einer Zweitmeinung fest.

Eine Zweitmeinung soll als unabhängige, neutrale ärztliche Meinung abgegeben werden und

- ➔ die ursprüngliche Diagnose bestätigen und somit das Vertrauen in die vorgeschlagene Behandlung stärken (Diagnosesicherheit).
- ➔ alternative Behandlungsmethoden vorschlagen, die möglicherweise weniger invasiv oder besser geeignet sind (falsche Therapien).
- ➔ helfen, mögliche Diagnose- oder Behandlungsfehler zu erkennen und zu vermeiden (fehlerhafte Diagnosen).
- ➔ zusätzliche Sicherheit und Beruhigung geben, insbesondere bei schwerwiegenden oder komplexen Erkrankungen.

Die Zweitmeinung umfasst die Durchsicht vorliegender Befunde der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und ein Anamnesegespräch. Hinzu kommen ärztliche Untersuchungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zwingend medizinisch erforderlich sind.

Das Zweitmeinungsverfahren betrifft mehrere medizinische Bereiche, insbesondere solche, die planbare Operationen umfassen, wie z. B.:

- ➔ Neurochirurgie: Eingriffe an der Wirbelsäule
- ➔ Orthopädie: Knie- und Hüftgelenkoperationen; Schulterarthroskopie
- ➔ Kardiologie: Herzoperationen, wie z.B. Bypass-Operationen.
- ➔ HNO-Heilkunde: Mandeloperationen (Tonsillektomien) und Nasennebenhöhlenoperationen
- ➔ Chirurgie: allgemeinchirurgische Eingriffe, wie z.B. Gallenblasenentfernungen
- ➔ Amputationen: Amputationen von Gliedmaßen; Amputation beim diabetischen Fußsyndrom

Wenn die Erst- und Zweitmeinung unterschiedlich ausfallen, ist medizinisch geraten,

- ❖ die Zweitmeinung mit der Ärztin oder dem Arzt erneut zu besprechen;
- ❖ eine dritte Meinung einzuholen, um eine fundierte Entscheidung zu treffen;
- ❖ Veröffentlichungen im Internet über die Häufigkeit von durchgeführten Eingriffen zu vergleichen;
- ❖ eine Beratung durch die Krankenversicherung/Krankenkasse.

Gemäß [§ 27b Absatz 1 Satz 2 SGB V](#) darf die Zweitmeinung nicht von Ärztinnen und Ärzten oder der Einrichtung eingeholt werden, die den geplanten Eingriff später durchführen. Dies dient dazu, die Unabhängigkeit und Neutralität der Zweitmeinung zu gewährleisten.

16. Arztrechnung

Ärztinnen und Ärzte haben die erbrachte Leistung in der Arztrechnung detailliert, einschließlich Diagnosen, Behandlungsverlauf und erbrachter Maßnahmen zu dokumentieren.

Anhand der Dokumentation wählen Ärzte - oder die beauftragten Abrechnungsstellen – die passenden Ziffern der jeweiligen Gebührenordnung aus. Die Ziffern repräsentieren eine bestimmte ärztliche Leistung und haben einen Punktwert. Zusätzlich gibt es Faktoren (z. B. Schwierigkeitsgrad, Zeitaufwand), die den Punktwert beeinflussen können. Die erbrachte Leistung mit dem Punktwert und Faktor ergibt den Euro-Betrag für die jeweilige Gebührenordnungs-Ziffer.

Die Arztrechnung muss nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte) insbesondere bestimmte Pflichtangaben enthalten:

1. Arztdaten (Name, Adresse und Kontaktdaten),
2. Patientennamen, Anschrift, Geburtsdatum,
3. Datum jeder einzelnen Leistungserbringung,
4. die Leistungsnummer mit Bezeichnung sowie den Betrag,
5. der angewendete Steigerungssatz,
6. bei Gebühren für stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag § 6a),
7. bei Entschädigungen die Art, den Betrag und die Berechnung (§§ 7 bis 9),
8. bei Auslagen den Betrag und die Art der Auslage (§ 10); über 25,- €, mit Beleg oder Nachweis,
9. Bei Überschreitung des Gebührensatzes ist dies verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern,
10. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2), sind als solche zu bezeichnen,
11. Gesamtsumme der ärztlichen Leistungen,
12. Bankverbindung,
13. Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes oder der Arztpraxis.

17. Verjährung und Verwirklichung der Arztrechnung

Die Verjährungsfrist setzt ([§ 199 BGB](#)) die Entstehung eines Anspruchs voraus. Bei Arztrechnungen entstehen die Zahlungsansprüche, wenn Zahlungspflichtige eine Rechnung nach den Anforderungen des § 12 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhalten.

Die Verjährungsfrist beträgt nach [§ 195 BGB](#) drei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem Zahlungspflichtigen eine GOÄ konforme Rechnung erteilt worden ist.

Ärztinnen und Ärzte rechnen häufig quartalsweise ab. Es gibt allerdings keine zeitliche Frist für die Rechnungsstellung. Erhalten Patientinnen und Patienten erst Jahre später nach der Behandlung die Arztrechnung, riskieren Ärztinnen und Ärzte, dass ihre Honorarforderungen zwar nicht verjährt, aber verwirkt ist.

Eine Verwirkung der Honorarforderung ist dann anzunehmen, wenn diese von Ärztinnen und Ärzten über einen längeren Zeitraum nicht erstellt wurden und der Patientinnen und Patienten aus dem Arzt-Verhalten schließen können, dass die Forderung nicht mehr geltend gemacht wird. Das Amtsgericht Frankfurt/M. (Az.: 30 C2697/95 – 24) hat entschieden, dass eine Rechnung, die zwei Jahre nach der Behandlung gestellt wurde, verwirkt ist.

18. Überprüfung der Arztrechnung

Arztpraxen nutzen für die Abrechnung in der Regel eine ärztliche Abrechnungsstelle, die die übersandten Daten von Ärztinnen und Ärzte „sorgfältig prüft“! Sie sorgen für eine „optimale, vollständige und korrekte“ Abrechnung und dienen dabei als Vermittler und Ansprechpartner für Privatversicherte.

Bevor Rechnungen an die Krankenversicherung und Beihilfestelle (LVvA Berlin) weitergereicht und Rechnungen beglichen werden, empfiehlt der DSTG-Seniorenbeirat Berlin DSTG-Mitgliedern, unter Zuhilfenahme der Gebührenordnungen und persönlichen Aufzeichnungen Arztrechnungen auf ihre Korrektheit hin zu überprüfen.

Einzelne Abweichungen in Arztrechnungen sind nicht immer sofort auffallend.

Deshalb ist eine sorgfältige Kontrolle zweckmäßig, um anfechtbare Angaben zu entdecken;
zum Beispiel

! Ärztliche Diagnosen:

- ! falsche Diagnosen
- ! alte, überholte Diagnosen, die nicht mehr zutreffen

! Rechnungsinhalt:

- ! Falscher Namen, falsche Anschrift, falsches Geburtsdatum
- ! Falsches Behandlungsdatum

! Rechnung mit Gebührennummern nach der GOÄ oder GOZ:

- ! Gebührennummer unzulässig; Leistung wurde nicht erbracht
- ! Gebührennummer nicht abrechnungsfähig zusätzlich zu einer bestimmten Gebührennummer
- ! Gebührennummern falsch; nicht zu einer erbrachten Leistung zuordnungsbar
- ! Gebührennummer doppelt; Anlass nicht nachvollbar
- ! Gebührensatz erhöht; Steigerungssatz über 3,5 ohne vorherige schriftliche Vereinbarung

! Rechnung mit Analognummern:

- ! Analognummer nicht begründet
- ! Analognummer neben GOZ-Gebührennummer
- ! Analognummer unzutreffend

! Abweichen vom Kostenvoranschlag:

- ! Über 20% Abweichung vom Kostenvoranschlag; keine vorherige Absprache

Bei Fragen oder bei Einwendungen zur Rechnung sollte grundsätzlich zunächst möglichst die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt persönlich angesprochen werden. Unstimmigkeiten lassen sich zuerst besser in einem persönlichen Gespräch klären. Handelt es sich um eine Rechnung über eine Behandlung in einem Krankenhaus, können sich Betroffene auch an das Beschwerdemanagement des Krankenhauses wenden.

Ärztliche Diagnosen, die unzutreffend sind, sollten in jedem Fall bei Ärztinnen und Ärzten bzw. beim Abrechnungsdienst sofort beanstandet eine neue Arztrechnung mit zutreffender, aktueller Diagnose verlangt werden. Falsche Diagnosen können bei späteren Situationen und verschiedenen Anlässen ausschlaggebend für negative Entscheidungen mit Folgen (beruflich oder privat) sein. Ärztliche

Diagnosen dienen oft als ausschlaggebender Nachweis oder bilden die definitive Voraussetzung z. B. bei Versicherungsabschlüssen.

Bei weiteren Klärungsbedarf kann auch die Krankenversicherung eingeschaltet werden. Letztlich kann das Beschwerdemanagement des Krankenhauses angesprochen bzw. die Landesärztekammer (zuständige Schiedsstelle für Abrechnungsstreitigkeiten) um Vermittlung gebeten werden (schriftlicher Antrag)!

Abgerechnete Gebührennummer in der Arztrechnung (Datum und GOÄ/GOZ-Nummer überprüfen), die tatsächlich nicht erbracht worden sind, sollte schriftlich beanstandet werden (Private Krankenversicherungen lehnen manchmal die Erstattung ab, wenn sie die Notwendigkeit der Behandlung anzweifeln).

Abgerechnete Analognummern in der Arztrechnung (ärztliche Behandlung oder Zahnbehandlung) sollten stets intensiv kontrolliert werden, weil verschiedene Voraussetzungen (§ 6 Abs. 2 GOÄ) bzw. (§ 6 Abs. 1 GOZ) erfüllt sein müssen:

- ! Die erbrachte ärztliche Leistung darf in keiner Form in der GOÄ oder GOZ enthalten sein.
- ! Die ärztliche Leistung muss nach Art, Kosten- und Zeitaufwand der Leistung gleichwertig sein, die für die Rechnung herangezogen wird.
- ! Es muss sich um eine selbstständige Leistung mit eigenständiger medizinischer Indikation handeln, d. h., die medizinische Maßnahme oder Behandlung ist notwendig, weil sie für sich allein genommen einen medizinischen Nutzen hat. Die analog abgerechnete Leistung muss also unabhängig von anderen Faktoren oder Behandlungen durchgeführt werden.

Ärztinnen und Ärzte müssen in der Rechnung die analoge Leistung verständlich beschreiben, mit der Nummer und Bezeichnung der gleichwertigen Leistung aus dem Gebührenverzeichnis versehen sowie einen Hinweis „entsprechend“, „analog“ oder „A“ einfügen.

Der [PKV-Verband](#) prüft fortlaufend praxisrelevante Analogabrechnungen dahingehend, inwieweit sie anwendbar sind.

Die Ergebnisse werden in einer stetig aktualisierten Kommentierung zur GOÄ („Kommentierung praxisrelevanter Analogabrechnungen – Stand April 2024“) und einer entsprechenden Kommentierung zur GOZ veröffentlicht. Die Bundesärztekammer veröffentlicht ein "Verzeichnis der Analogen Bewertungen der Bundesärztekammer".

Die Analogabrechnung ermöglicht es Ärztinnen und Ärzten, Leistungen abzurechnen, die nicht explizit in der GOÄ aufgeführt sind. Das ist besonders nützlich bei neuen oder spezialisierten Behandlungen.

Darüber hinaus müssen auch bei einer Analogabrechnung alle Rechnungsvorgaben der GOÄ eingehalten werden, etwa die Angabe des Betrages sowie des verwendeten Steigerungssatzes.

Bei Analognummernabrechnung kommt es immer wieder zwischen Ärztinnen und Ärzten einerseits und der PKV andererseits zu Meinungsverschiedenheiten, ob die Bedingungen im konkreten Fall tatsächlich erfüllt sind. Patientinnen und Patienten sollten daher vorher einen Kostenvoranschlag verlangen und diesen von der PKV prüfen zu lassen. Es ist ratsam, Arztrechnungen mit Analognummern sofort der PKV zur Abrechnung vorzulegen.

Abweichungen vom Kostenvoranschlag von mehr als 20% müssen vorher mitgeteilt werden. Ärzte sind verpflichtet, die voraussichtlichen Kosten vorher schriftlich anzugeben.

Letztlich sollten im Zweifelsfall strittige Arztrechnungen nicht sofort beglichen werden, bevor diese bei der Krankenversicherung geklärt wurden und/oder die PKV eine Zusage der Kostenerstattung gegeben hat; ggfs. kann auch die Beihilfestelle Unterstützung und Hinweise geben!

19. Erstattung der Arztrechnung durch Krankenversicherung

Patientinnen und Patienten ist oft nicht bewusst, welche Voraussetzungen für den Erstattungsanspruch der Krankheitskosten erfüllt werden müssen. Generell sind diese im Versicherungsaufsichtsgesetz ([VAG](#)) und im Versicherungsvertragsgesetz ([VVG](#)) gesetzlich geregelt sowie im Einzelnen in den jeweiligen Versicherungs- und Tarifbedingungen. Obwohl diese von Vertrag zu Vertrag abweichen, sind die wesentlichen Grundlagen in der Regel bei allen Verträgen gleich:

Eine Kostenerstattung erfolgt nur für medizinisch notwendige Behandlungen. Dafür genügt es nicht, dass der eigene Arzt die Behandlung für notwendig gehalten hat. Entscheidend ist die objektive Sichtweise.

- Die private Krankenversicherung (PKV) ist gemäß [§ 14 des Versicherungsvertragsgesetzes \(VVG\)](#) verpflichtet, die eingereichten Rechnungen, sofern alle notwendigen Unterlagen und Informationen vorliegen, innerhalb eines Monats zu prüfen und den entsprechenden Leistungsbetrag zu überweisen. In der Regel erhalten Patientinnen und Patienten auch eine Abrechnung, in der die erstatteten und nicht erstatteten Positionen einschließlich der Begründungen aufgeführt sind.
- Der Gesetzgeber hat in § 14 Abs 2 VVG (Fälligkeit der Geldleistung) eine Frist von vier Wochen gesetzt, nach welchem spätestens eine Abschlagszahlung in Höhe des voraussichtlichen Anspruches an den Versicherungsnehmer zu erfolgen hat. Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.
- Vor Beginn einer Heilbehandlung (z. B. Medikamentöse Therapie; chirurgische Eingriffe; Physiotherapie; Strahlentherapie; Psychotherapie; Ergotherapie; alternative Heilmethoden), deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, haben Versicherte einen gesetzlichen Anspruch (VVG) auf eine verbindliche Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung.
- Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen ([§ 192 Absatz 8 VVG](#) Vertragstypische Leistungen des Versicherers). Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- Wann schließlich die Arztrechnung bei der PKV zur Erstattung eingereicht wird, bleibt Patientinnen und Patienten grundsätzlich selbst überlassen. Eine Frist für die Einreichung gibt es nicht.
- Zu beachten ist die dreijährige Verjährungsfrist für die Einreichung von Arztrechnungen bei der PKV. Diese Frist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem Patientinnen und Patienten die Rechnung erhalten.

20. Erstattung der Arztrechnung durch Beihilfe

Bei der Einreichung von Arztrechnungen/Rezepten haben Beihilfeberechtigte folgendes zu beachten:

- ❗ Für Berliner Beihilfeberechtigte gilt (aktuell!) die einjährige Einreichungsfrist ([§ 54 LBhVO](#)).
- ❗ Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für Rezepte ist das Kaufdatum maßgeblich und für Rechnungen das Datum der erstmaligen Ausstellung.

Bei Auseinandersetzungen hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen mit der Beihilfestelle erhalten DSTG-Mitglieder vom DSTG-Landesverband Berlin telefonische Beratung und/oder ggfs. auch DSTG-Rechtsschutz.

21. Fälligkeit der Arztrechnung

Nach der Gebührenordnung für Ärzte (§ 12 GOÄ) ist eine formal korrekte Rechnung sofort fällig. Dies gilt auch bei kontrovers beurteilten Positionen. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat klargestellt, dass ab dem Zeitpunkt der Fälligkeit Ärztinnen und Ärzte die Zahlung der Forderung verlangen können.

22. Recht auf kostenfreie Kopie der Patientenakte

DSTG-Mitglieder sollten wissen, dass Patientinnen und Patienten Einsicht in ihre Behandlungsakte nehmen können. Dass eine Einsichtnahme der Patientin oder des Patienten in die Behandlungsunterlagen möglich ist, ist unumstritten, es sei denn, therapeutische Gründe oder Rechte Dritter stehen dem entgegen. Die Gründe für die Einsicht können vielfältig sein, beispielsweise bloßes Interesse, das Wechseln der Ärztin oder des Arztes oder auch die Vorbereitung eines Haftungsprozesses gegen die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt.

Gesetzlich festgelegt ist die Pflicht der Ärztinnen und Ärzte, sämtliche für die Dokumentation wichtigen Umstände zeitnah in der Patientenakte zu dokumentieren. Die Patientenakte ist sorgfältig und vollständig zu führen und nach Abschluss der Behandlung in der Regel zehn Jahre aufzubewahren. Die Patientenakte enthält alle relevanten medizinischen Informationen im Zusammenhang mit der Behandlung. Zu dokumentieren sind insbesondere Befunde, Eingriffe und ihre Wirkungen sowie Einwilligungen und Aufklärungen. Die Dokumentation ist in Haftungsfällen ein wichtiges Beweismittel im Prozess. Patientinnen und Patienten dürfen ihre Behandlungsunterlagen lesen und Kopien davon anfordern.

Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 630g BGB) haben Ärztinnen und Ärzte Patientinnen und Patienten auf Verlangen eine Kopie der Patientenakte zur Verfügung stellen. Die erste Kopie der Behandlungsakte ist grundsätzlich kostenfrei. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) in Luxemburg hat in seinem Urteil vom 26.10.2023 (Az.: C-307/22) nun festgestellt, dass die bisherige deutsche Rechtslage nicht mit dem Unionsrecht vereinbar ist. Seit der Veröffentlichung des EuGH-Urteils ist es nun überholt, dass Patientinnen und Patienten die Kosten für die erstmalige Kopie ihrer Behandlungsakte tragen. Das bedeutet nunmehr, dass die aktuelle Fassung des § 630 g Abs. 2 Satz 1 BGB unionsrechtswidrig ist.

Patientinnen und Patienten haben das Recht, jederzeit Einsicht in die Patientenakte zu nehmen und haben einen Anspruch darauf, eine kostenfreie Kopie ihrer Behandlungsakte zu erhalten.

Auch aus den [Artikeln 12 Abs. 5](#), 15 Abs. 1 und 3 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) haben diejenigen, deren personenbezogene Daten verarbeitet werden, gegenüber der oder dem Verantwortlichen ein Auskunftsrecht über die Verwendung ihrer Daten.

Art. [15 Abs. 3 DSGVO](#) lautet: „Der Verantwortliche stellt eine Kopie der personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind, zur Verfügung. Für alle weiteren Kopien, die die betroffene Person beantragt, kann der Verantwortliche ein angemessenes Entgelt auf der Grundlage der Verwaltungskosten verlangen.“ Konkret bedeutet dies für das Arzt-Patienten-Verhältnis, dass die kopierten Unterlagen nicht nur unentgeltlich, sondern auch vollständig, originalgetreu und verständlich herausgegeben werden müssen. Die behandelnde Ärztin beziehungsweise der behandelnde Arzt, die oder der die Patientenakte führt, ist der „Verantwortliche“ im Sinne der DSGVO.

Hingegen steht Arztpraxen für jede weitere Kopie der Ersatz ihrer Ausgaben zu. Patientinnen und Patienten müssen ihre Anfrage dagegen nicht begründen.

Verstirbt eine Patientin oder ein Patient, haben auch die Angehörigen beziehungsweise die Erben grundsätzlich in gleicher Weise ein Einsichtsrecht – es sei denn, der oder die Verstorbene hat dies ausdrücklich oder mutmaßlich nicht gewollt.

23. Anhang – Gesetzliche Vorschriften (Auszug)

Sozialgesetzbuch (SGB) Buch 2 - Recht der Schuldverhältnisse

Abschnitt 8 Einzelne Schuldverhältnisse Titel 8 Dienstvertrag und ähnliche Verträge Untertitel 2 Behandlungsvertrag

§ 630d Einwilligung

(1) Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1827 Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Weitergehende Anforderungen an die Einwilligung aus anderen Vorschriften bleiben unberührt. Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

(2) Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Fall des Absatzes 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e Absatz 1 bis 4 aufgeklärt worden ist.

(3) Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

§ 630e Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
3. für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

(4) Ist nach § 630d Absatz 1 Satz 2 die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, ist dieser nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 aufzuklären.

(5) Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 sind die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 630f Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

§ 630g Einsichtnahme in die Patientenakte

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.

(3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.