



Hinweise und Anmerkungen, wenn ihre Krankenkasse unsere Rechnungen beanstanden!

Liebe Patient*innen,

die Preise für unsere Behandlungen sind mit Bedacht gewählt und abgewogen. Dabei sind berücksichtigt, dass natürlich die sehr hoch qualifizierten Mitarbeiter leistungsgerecht vergütet werden und die laufenden Kosten mit einbezogen worden sind. Ihre Kasse unterscheidet leider nicht zwischen Berufsanfängern und Therapeuten mit sehr vielen Berufsjahren. Unsere Therapeuten*innen verfügen alle über mindestens 10 Jahren Berufserfahrung und vielen Berufsausbildungen. Dadurch werden Sie auch schneller wieder fit, denn wir wissen was wir tun und was zu tun ist.

Fazit: „Wir möchten nicht reich werden und Sie sollen nicht arm werden!“

Sie haben auf Ihrer Anmeldung unterschrieben, dass es möglich ist, dass Ihre Private Krankenkasse/ Beihilfe nicht jeden € erstatten könnte.

Um es nochmal klar auszudrücken: Es ist uns bei der Rechnungsstellung kein Fehler unterlaufen, worauf wir gelegentlich gerne mal darauf hingewiesen werden.

Auch ich bin Privat versichert und auch mir widerfährt es immer wieder, dass ich nicht jeden Cent erstattet bekomme. Der erste Schritt ist immer der Kontakt zu meiner Kasse. Dort setze ich mich mit der verantwortlichen Person bei der Kasse auseinander und nicht mit meinem Leistungserbringern! Am Ende leiste ich auch immer wieder mal Zuzahlungen für meine Gesundheit.

Bedenken Sie, dass die gesetzlichen Krankenkassen und auch die Beihilfevergütungen, sich im Rahmen Physiotherapie 2019 erheblich gesteigert hatten. (das erste Mal nach über 30Jahren Stillstand).

Die Privaten Kassen haben ihre Tarife meist nicht angehoben und berufen sich auf die Beihilfen. Es hat den Anschein, dass sie noch nicht mal die aktuellen Tarife kennen!

Wenn Sie insgesamt mit uns zufrieden waren, sollte unsere Abrechnung Ihre Gesundheit wert sein.

Mit herzlichen Grüßen

Carsten Fischer
(Geschäftsinhaber)



Sechs Wahrheiten über Privatpreise So entkräften Sie falsche Behauptungen der PKV

Für GKV-Behandlungen verhandeln Heilmittelverbände und GKV-Spitzenverband über die Preise und legen diese verbindlich fest. Bei Privatpatient*innen sieht das ganz anders aus. Hier bestimmt der Praxisinhaber, was die Leistungen kosten und schließt einen Behandlungsvertrag mit dem Patienten — auch wenn die Privaten Krankenversicherer ihren Versicherten gern etwas anderes erzählen.

1. Therapeuten dürfen ihre Preise frei mit den Patienten verhandeln!

Therapeuten müssen ihre Patient*innen über die Kosten der Behandlung aufklären und einen Behandlungsvertrag schließen. So verlangt es § 630a des Bürgerliches Gesetzbuchs (BGB). Das ist aber auch schon die einzige Einschränkung. Selbst das wissenschaftliche Institut des Verbandes der privaten Krankenversicherungen (PKV) hat bereits 2014 in einem Gutachten festgestellt: „In Bezug auf die Vergütung von Heilmitteln gibt es in der PKV— im Gegensatz zur GKV— keine vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern und auch keine amtliche Gebührenordnung. Bei Privatpatienten verhandeln Therapeuten die Preise ihrer Leistungen frei mit dem Patienten.“

Wichtig: Nicht von § 612 BGB in die Irre führen lassen. Private Krankenversicherer behaupten gern, bei Privatpreisen gelte § 612 Abs. 2 BGB: „Ist die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist bei dem Bestehen einer Taxe die taxmäßige Vergütung, in Ermangelung einer Taxe die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen.“

Aber: Bestimmen Therapeuten die Höhe der Vergütung durch einen Behandlungsvertrag, dann ist damit die Höhe der Vergütung bestimmt und diese Vereinbarung gilt.

2. Beihilfesätze haben für Therapeuten keinerlei Rechtswirkung!

Es gibt keine bundeseinheitlichen Beihilfesätze, sondern Beihilfe Sätze des Bundes und der Länder. Das allein macht es schon unmöglich, diese als Maßstab zu nutzen. Zudem ist die Beihilfe eine Angelegenheit zwischen den Beamten und ihrem Dienstherrn, dem Staat. Selbst das Bundesinnenministerium (BMI) sieht keine Verbindlichkeit der Beihilfe für Therapeuten: „Die beihilfefähigen Höchstbeträge sind für die Beihilfestelle bindend, nicht jedoch für die Heilbehandler*innen.“ Es handelt sich also bei den beihilfefähigen Höchstsätzen nicht um eine Preisliste, schon gar nicht um eine amtliche, also eine Art staatliche Gebührenordnung. Das ist auch daran zu erkennen, dass die Beihilfe Fixpreise nennt. Eine Differenzierung nach Qualifikation des Behandlers oder Schwierigkeitsgrad der Behandlung ist nicht vorgesehen. Dadurch unterscheidet sich die Beihilfe von tatsächlichen amtlichen Preislisten bzw. Vergütungsgesetzen, denn dort sind Preisspannen angegeben, um qualitative Unterschiede bei den Leistungen berücksichtigen zu können.

3. Heilmittelverbände haben keinen Einfluss auf die Höhe der Beihilfesätze!

Es wird immer wieder mal behauptet, dass der Staat und die Heilmittelverbände über die Höhe der Beihilfesätze verhandeln. Das ist nicht der Fall, bestätigen sowohl das BMI als auch die Verbände. Bei der Beihilfe handelt es sich um interne Regelungen zwischen dem Staat und seinen Bediensteten, auf die Heilmittelerbringer keinen Einfluss haben.

4. Privatpatient*innen dürfen auch teurere Heilmittelleistungen in Anspruch nehmen!

Auch wenn die Versicherer es gerne so hätten, sind Privatpatient*innen nicht gezwungen, sich die billigste Leistung zu suchen. Sie dürfen sich im Rahmen der Bedingungen ihres Versicherungstarifes frei entscheiden. Die Höhe des Preises beeinflusst also nicht den Erstattungsanspruch. Das stellt auch der Bundesgerichtshof bereits 2003 fest: „Das Kürzungsrecht des Versicherers bei sog. Übermaßbehandlungen [...] erstreckt sich nicht auch auf Übermaßvergütungen.“

Zudem können Heilmittelerbringer ihre Preise gar nicht so gestalten, dass Privatpatient*innen auf jeden Fall eine volle Erstattung von ihrer Versicherung erhalten. Schließlich wissen sie nicht, welchen Versicherungstarif der jeweilige Patient*innen bei seiner PKV gewählt hat, noch welche Erstattungen bei diesem Tarif vorgesehen sind.

5. Die Beihilfe ist keine Vollversicherung!

Es ist üblich, dass Beihilfeberechtigte für ihre Behandlung etwas dazu bezahlen. Allein das zeigt schon, dass die beihilfefähigen Höchstbeträge nicht die durchschnittliche oder marktübliche Vergütung widerspiegeln. Es ist auch gar nicht vorgesehen, dass die Beihilfe die vollen Kosten übernimmt. Die Beihilfe ist also keine Vollversicherung für Beamte — auch wenn das der ein oder andere denkt. Das bestätigt auch das BMI: „Die Beihilfe ergänzt lediglich die zumutbare Eigenvorsorge.“ Ganz nebenbei: Für gesetzlich versicherte Patient*innen ist es ganz normal, dass sie zu ihrer Behandlung eine Zuzahlung leisten müssen.

6. Patient*innen müssen das vereinbarte Honorar zahlen, auch wenn die Beihilfe nicht alle Kosten erstattet!

Für Therapeuten spielt es keine Rolle. Ob die Beihilfe die Behandlungskosten in voller Höhe oder nur anteilig erstattet. Er hat dem Patienten gegenüber einen Vergütungsanspruch, wenn:

1. Therapeut*innen und Patient*innen das Honorar im Behandlungsvertrag festgelegt haben und
2. der Therapeut*innen den Patient*innen darüber aufgeklärt hat, dass die vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist (§ 630c BGB).

Ganz konkret: Praxisinhaber sollten stets mit den Privatpatient*innen einen Behandlungsvertrag abschließen, in dem Preis und Leistung genannt sind und sie zudem darauf hinweisen, dass der Patient möglicherweise einen Eigenanteil für die Behandlung zahlen muss, weil seine Versicherung nicht die vollen Behandlungskosten erstattet.

Quelle: Zeitschrift up 06.2022; Seite 19

Fazit:

Diese Seiten ersetzen absolut keine juristische Beratung und versprechen keinerlei Rechtssicherheit. Dennoch die beiden Seiten der Zeitschrift „UP“ sind sehr interessant und meine Anmerkung sehr subjektiv!