



Patienteninformation – PRIVAT VERSICHERTE

Ihre private Krankenkasse lehnt die volle Kostenerstattung ab?

Die Preise für unsere Behandlungen sind mit Bedacht gewählt und abgewogen. Dabei sind berücksichtigt, dass unsere sehr hoch qualifizierten Mitarbeiter leistungsgerecht vergütet werden und die steigenden laufenden Kosten mit einbezogen worden sind.

Ihre Kasse unterscheidet leider nicht zwischen Berufsanfängern und Therapeuten mit sehr vielen Berufsjahren. Unsere Therapeuten*innen verfügen alle zwischen 15-40 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 Euro erstatten könnte.

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

Für Privatpatienten gibt es keine gesetzliche Gebührenordnung für physiotherapeutische Leistungen.

Auch auf den Seiten Ihrer Beihilfe Versicherung wird darauf hingewiesen, dass es zu einer Zuzahlung von 10-19%, gemäß den Gesetzlichen Krankenkassen, bei Heilmittelerbringern kommen kann und absolut rechtskonform ist.

Sollten Sie mehr Wert darauf legen Alles erstattet zu bekommen, als gut behandelt zu werden, sind wir ggfs., so leid es uns tut, nicht die richtige Praxis für Sie!

Anmerkung: Es wird zudem gerne von Seiten der privaten Kassen verkündet, dass wir teurer als der ortsübliche- bzw. bundesübliche Durchschnitt sind! Fordern Sie von ihrer Kasse den Nachweis einer validen Studie dieser Behauptung! Diese Studie gibt es nicht, worher stützt Ihre Kasse ihre Behauptung?

Unter der online Plattform www.privatpreise.de bekommen Sie zusätzlich Informationen.

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

Wir bitten um Ihr Verständnis

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 Patienten*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!

Quelle: Flyer des Deutschen Verbandes für Physiotherapie Physio Deutschland

INFORMATION ZUR HONORARVEREINBARUNG

Und bei (wichtig!) Heilmitteln:

Die Eigenbeteiligung ergibt sich aus der Differenz zwischen den (nicht kostendeckenden) Höchstbeträgen und den tatsächlichen Behandlungskosten. Weitere Auszüge dieser Pressemitteilung finden Sie als Mitglied auf der Rückseite der Liste der beihilfefähigen Höchstbeträge des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (ZVK) e.V. und auch im Internet unter www.physio-deutschland.de.

3. DÜRFEN PRIVATE KRANKENVERSICHERER IHRE VERSICHERTEN ÜBER ERHÖHTE ABRECHNUNGEN INFORMIEREN?

Mittlerweile gehen viele private Krankenversicherungen dazu über, ihre Versicherten auf angeblich „überhöhte“ Abrechnungen des Therapeuten hinzuweisen. Das Oberlandesgericht München hat diese Praxis gebilligt und es den Krankenversicherern erlaubt, ihren Versicherungsnehmern Empfehlungen und Hinweise zu (Arzt-) Abrechnungen zu geben.

Keinesfalls zulässig ist es hingegen, den Versicherten über die Höhe seines tatsächlichen Erstattungsanspruchs zu täuschen, etwa durch eine Kappung der erstattungsfähigen Sätze auf das Niveau der Beihilfe. Hier gilt es für den Versicherungsnehmer, die Versicherungsbedingungen genauestens darauf hin zu überprüfen, ob eine solche Kappung mit dem Versicherer vereinbart wurde. Sollte dies nicht der Fall sein, wäre dies eindeutig eine einseitige Benachteiligung des Versicherungsnehmers und hätte vor Gericht keinen Bestand.

4. FAZIT

Wir können nur jedem Praxisinhaber empfehlen, vor Behandlungsbeginn eine Preisvereinbarung mit den Privatpatienten zu schließen. Diese haben dann noch vor Behandlungsbeginn die Möglichkeit, bei ihrer privaten Krankenversicherung nachzufragen, ob dieser Beitrag erstattet wird. Andernfalls muss der Patient entscheiden, ob er bereit ist, den Differenzbetrag aus eigener Tasche zu zahlen.

Stand: April 2013 Gestaltung: www.tack-design.de

überreicht durch:

Praxis Osteopathos
Carsten Fischer
Physiotherapie & Heilpraktik
Georgstraße 26
30159 Hannover
Tel: 0511/ 89 89 55 60
Fax: 0511/ 89 75 57 67
web: praxis-osteopathos.de

Herausgeber:

PHYSIO DEUTSCHLAND
Deutscher Verband für
Physiotherapie (ZVK) e.V.

Deutzer Freiheit 72-74 · 50679 Köln
Telefon 02 21/98 10 27-0 · Fax 02 21/98 10 27-25
E-Mail: info@physio-deutschland.de · www.physio-deutschland.de

INFORMATION ZUR HONORARVEREINBARUNG

PHYSIO DEUTSCHLAND
Deutscher Verband für
Physiotherapie (ZVK) e.V.

PHYSIO DEUTSCHLAND

ABRECHNUNG BEI PRIVAT KRANKENVERSICHERTEN PATIENTEN

Es gibt keine amtliche Gebührenordnung für physiotherapeutische Leistungen bei Privatpatienten. Was ist also zu tun, wenn die private Krankenversicherung behauptet, der Behandler mache überzogene Honorare geltend? Der entstehende Ärger ist nicht nur lästig, sondern verärgert auch Ihre Patienten.

Die nachfolgenden Hinweise sollen Ihnen und Ihren Patienten die Rechtslage verdeutlichen.

1. RECHTSGRUNDLAGE FÜR DIE ABRECHNUNG MIT PRIVATPATIENTEN

Grundlage für die Abrechnung mit Privatpatienten ist anders als im ärztlichen Bereich nicht die Gebührenordnung der Ärzte (die so genannte GOÄ), sondern

- entweder der mit dem Patienten vereinbarte **Behandlungspreis** oder
- die ortsübliche Vergütung im Sinne des **§ 612 BGB**.

Behandlungsvertrag

Jeder Physiotherapeut ist frei darin, mit Patienten Vergütungssätze zu vereinbaren.

Eine Mustervereinbarung steht Ihnen als Mitglied im Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. unter www.physio-deutschland.de

- Stichwort „Mustervereinbarung Behandlungsvertrag“ zum Download zur Verfügung.

Wenn Sie mit Ihrem Patienten eine solche Vereinbarung schließen, stehen Sie beide auf der sicheren Seite, denn:

Das Amtsgericht Köln hat mit Urteil vom 14.09.2005 entschieden, dass ein zwischen den Beteiligten geschlossener Behandlungsvertrag auch für die Private Krankenversicherung bindend ist. Vorausgesetzt natürlich, dass nicht der Tatbestand des Wuchers vorliegt, also völlig überhöhte Preise vereinbart wurden.

Das Urteil des Amtsgerichts Köln steht Ihnen als Mitglied im Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. unter www.physio-deutschland.de

- Stichwort „AG Köln“ zum Download zur Verfügung.

Ortsübliche Vergütung

Aber auch ohne eine solche Vereinbarung sind der Behandler und Privatpatient nicht schutzlos. Das Gesetz billigt dem Behandler in diesen Fällen das „ortsübliche Entgelt“ zu. Zum ortsüblichen Entgelt hat die Rechtsprechung bereits vor Jahren Grundsätze dahingehend entwickelt, dass der Behandler bei persönlichen Leistungen den 2,3-fachen und bei Sachleistungen den 1,8-fachen Ersatzkassentarif geltend machen kann. Diese Auffassung wurde über die Jahre von verschiedenen Gerichten bestätigt.

Allerdings müssen wir auch darauf hinweisen, dass es eine Reihe von neueren Gerichtsentscheidungen gibt, in denen eine andere Rechtsauffassung vertreten wird. Da kein Urteil unmittelbare Anwendung außerhalb des konkret entschiedenen Falles findet, gibt es leider immer wieder Streit zwischen Patienten, Krankenversicherung und Physiotherapeuten.

Sollten Sie also keinen Behandlungsvertrag mit dem Patienten vereinbaren wollen, erkundigen Sie sich am besten bei benachbarten Praxen über die Höhe der Honorare für die Behandlung von Privatpatienten. So können Sie weitestgehend gewährleisten, dass auch das von Ihnen veranschlagte Honorar der ortsüblichen Vergütung entspricht.

2. WAS IST DER UNTERSCHIED ZWISCHEN DEN BEIHLIFEFÄHIGEN HÖCHSTSÄTZEN UND DEN PRIVATVERGÜTUNGEN?

Bei den beihilfefähigen Höchstätzen handelt es sich lediglich um behördeninterne Regelungen. Dem Dienstherrn steht es im Rahmen seiner Alimentsationspflicht frei zu entscheiden, wie er Krankheitskostenzuschüsse für seine beihilfeberechtigten Mitarbeiter regelt. Deshalb entfallen die beihilfefähigen Höchstsätze Rechtswirkung auch nur im Verhältnis zwischen Beihilfestellen und Beihilfeberechtigten, nicht aber im Verhältnis zum Behandler. Die beihilfefähigen Höchstsätze galten deshalb lange als kein geeigneter Maßstab bei der Feststellung des ortsüblichen Entgelts. Die beihilfefähigen Höchstbeträge werden nämlich nicht – wie viele Patienten meinen – verhandelt, sondern einseitig von der zuständigen Behörde festgesetzt. Die Berufsverbände können zwar gegenüber den Beihilfestellen ihre Anpassungswünsche zu den beihilfefähigen Höchstbeträgen vortragen, haben aber über Jahre hinweg kein Gehör gefunden.

In diesem Zusammenhang verweisen wir auf eine Pressemitteilung des Bundesinnenministeriums (zuständiges Ministerium für die Festsetzung der beihilfefähigen Höchstbeträge). Dort wurde mitgeteilt, dass zum 1. Januar 2004 die Zuzahlungen in der Beihilfe den veränderten Beträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst worden sind. Die Höhe der Beträge und die Tatbestände entsprechen den Zuzahlungen der GKV.

- Das bedeutet bei
- Arzneimittel: 10 % der Aufwendungen, mindestens 5,- Euro, höchstens 10,- Euro
 - Krankenhausaufenthalt: 10,- Euro pro Tag, höchstens 28 Tage jährlich

