

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/der Therapeutin 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/ die Versicherte 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 der Versicherung vereinbart wurde. Sollte dies nicht der Fall sein, wäre dies eindeutig eine einseitige Benachteiligung des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin und hätte vor Gericht keinen Bestand.

4. Fazit

Wir empfehlen allen Praxisinhaber*innen vor Behandlungsbeginn eine Preisvereinbarung mit den Privatpatient*innen zu schließen. Diese haben dann noch vor Behandlungsbeginn die Möglichkeit, bei ihrer privaten Krankenversicherung nachzufragen, ob dieser Betrag erstattet wird. Andernfalls muss der Patient/die Patientin entscheiden, ob er bereit ist, den Differenzbetrag aus eigener Tasche zu zahlen.

**Proud to be
a Physio!**



**Information zur
Honorarvereinbarung**

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 Patient*innen.

Die nachfolgenden Hinweise sollen Ihnen und Ihren Patient*innen die Rechtslage verdeutlichen.

1. Rechtsgrundlage für die Abrechnung mit Privatpatienten

Grundlage für die Abrechnung mit Privatpatient*innen ist anders als im ärztlichen Bereich nicht die Gebührenordnung der Ärzt*innen (die so genannte GOÄ), sondern

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

Behandlungsvertrag

Jeder Physiotherapeut/jede Physiotherapeutin ist frei darin, mit Patient*innen Vergütungssätze zu vereinbaren.

Eine Mustervereinbarung steht Ihnen als Mitglied bei Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. unter **www.physio-deutschland.de**

- » Stichwort „Mustervereinbarung Behandlungsvertrag“ zum Download zur Verfügung.

Wenn Sie mit Ihrem Patienten/Ihrer Patientin 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 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*innen nicht schutzlos. Das Gesetz billigt den Behandler*innen in diesen Fällen das „ortsübliche Entgelt“ zu. Zum ortsüblichen Entgelt hat die Rechtsprechung bereits vor Jahren Grundsätze dahingehend entwickelt, dass der Behandler/die Behandlerin bei persönlichen Leistungen den 2,3-fachen und bei Sachleistungen den 1,8-fachen bundeseinheitlichen GKV-Tarif 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 Patient*innen, Krankenversicherung und Physiotherapeut*innen.

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



2. Was ist der Unterschied zwischen den beihilfefähigen **Höchstbeträgen** und den **Privatvergütungen**?

Bei den beihilfefähigen Höchstbeträgen handelt es sich lediglich um behördeninterne Regelungen. Dem Arbeitgebenden steht es im Rahmen seiner Alimentationspflicht frei zu entscheiden, wie er Krankheitskostenzuschüsse für seine beihilfeberechtigten Mitarbeitenden regelt. Deshalb entfalten die beihilfefähigen Höchstbeträge Rechtswirkung auch nur im Verhältnis zwischen Beihilfestellen und Beihilfeberechtigten, nicht aber im Verhältnis zum Behandler/der Behandlerin. Die beihilfefähigen Höchstbeträge galten deshalb lange als kein geeigneter Maßstab bei der Feststellung des ortsüblichen Entgelts. Die beihilfefähigen Höchstbeträge werden nämlich nicht – wie viele Patient*innen meinen – verhandelt, sondern einseitig von der zuständigen Behörde festgesetzt.

Das Bundesministerium des Innern (BMI) informiert unter **www.bmi.bund.de** (Stichwort Beihilfe) wie folgt:

Beihilfe und private Vorsorge ergänzen sich

Die Beihilfe ergänzt lediglich die zumutbare Eigenvorsorge. Die beihilfeberechtigte Person muss daher für die von der Beihilfe nicht übernommenen Kosten für Behandlungen, Medikamente und ähnliches selbst aufkommen. In der Regel wird deshalb eine entsprechende private Krankenversicherung abgeschlossen.

Nicht alle Kosten werden erstattet

Nicht alle Aufwendungen werden als beihilfefähig anerkannt. So sind etwa manche Behandlungsmethoden oder Arzneimittel von der Erstattung voll oder teilweise ausgeschlossen. Es ist auch möglich, von den beihilfefähigen Aufwendungen Eigenbehalte abzuziehen. Das heißt, ein Teil der Kosten muss die Beamtin oder der Beamte selbst tragen. Die Regelungen orientieren sich grundsätzlich für den Bereich des Bundes an der gesetzlichen Krankenversicherung.

Und bei (wichtig!) Heilmitteln:

Die Eigenbeteiligung ergibt sich aus der Differenz zwischen den (nicht kostendeckenden) beihilfefähigen Höchstbeträgen und den Vergütungssätzen der Praxis.