

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 die Patienten. Die nachfolgenden Hinweise verdeutlichen die Rechtslage.

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 sogenannte GOÄ), sondern

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

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

Wenn Sie eine solche Vereinbarung abschließen, stehen Praxis und Patient auf der sicheren Seite, denn: Verschiedene Amtsgerichte (so. z.B. das Amtsgericht Köln - Urteil vom 14.09.2005 bzw. das Amtsgericht Köpenick - Urteil vom 10.05.2012) haben 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.

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.

So ist gewährleistet, dass auch das von Ihnen veranschlagte Honorar der ortsüblichen Vergütung entspricht.

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

Bei den beihilfefähigen Höchstsätzen handelt es sich lediglich um behördeninterne Regelungen. Dem Dienstherrn steht es im Rahmen seiner Alimentationspflicht frei zu entscheiden, wie er Krankheitskostenzuschüsse für seine beihilfeberechtigten Mitarbeiter regelt. Deshalb entfalten 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. Die letzte Anpassung im Jahr 2001 ersetzte eine Regelung aus dem Jahr 1992. Neu ist die Anpassung nun endlich nach 17 Jahren in 10-2018 und 01-2019.

In diesem Zusammenhang wird auf eine Pressemitteilung des Bundesinnenministeriums (zuständiges Ministerium für die Festsetzung der beihilfefähigen Höchstbeträge) verwiesen. 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 Arzneimitteln: 10 % der Aufwendungen, mindestens 5,- Euro, höchstens 10,- Euro, bei Krankenhausaufenthalten: 10,- Euro pro Tag, höchstens 28 Tage jährlich und wichtig bei Heilmitteln:

Die Eigenbeteiligung ergibt sich aus der Differenz zwischen den (nicht kostendeckenden) Höchstbeträgen und den tatsächlichen Behandlungskosten.

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

Eine Vereinbarung vermeidet die nachträgliche Diskussion zwischen dem Patienten und seiner Versicherung, aber auch zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten, darüber, ob die Vergütung tatsächlich auch im Rahmen der sogenannten „üblichen Vergütung“ erfolgte. Im Übrigen wird damit gewährleistet, dass das Patienten-/Therapeutenverhältnis nicht unnötig belastet wird.