

Name
Straße
00000 Ort
Vers.Nr: xxxxxxxx

Versicherungsunternehmen
Leistungsabrechnung
Straße
Xxxxx Ort

Abrechnung physiotherapeutische Leistung/
Schreiben vom xx.xx.xxxx

xx.xx.xxxx

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe von Ihnen die Leistungsabrechnung vom xx.xx.xxxx erhalten.

In dieser Abrechnung nehmen Sie Kürzungen von zu Erstattung eingereichten Rechnungen für Therapieleistungen vor. Hiermit bin ich nicht einverstanden und lege entsprechend fristgerecht Widerspruch ein.

Ich bin bei Ihnen krankenvollversichert.

Wie Ihnen bereits bekannt ist, leide ich unter diversen orthopädisch zu behandelnden Symptomen. Die Rezepte mit der medizinischen Notwendigkeit liegen Ihnen immer entsprechend vor.

Zur Linderung meines Leidens erhalte ich hierfür physiotherapeutische Maßnahmen u.a. Manuelle Therapie.

Die von meiner Therapeutin mir für die Therapie in Rechnung gestellten Beträge habe ich jeweils zeitnah bezahlt und Ihnen die Rechnungen zur Erstattung vorgelegt. Mit Ihrer letzten Leistungsabrechnung haben Sie nun die Beträge für diese Leistungen eigenmächtig gekürzt und mir die Kosten für die Therapie nur anteilig erstattet.

Sie sind zu einer Kürzung der Leistungen nicht berechtigt. Aufgrund des Versicherungsvertrages sind Sie verpflichtet, mir die restlichen Kosten für die wahrgenommenen Therapien entsprechend den bereits eingereichten Rechnungen zu erstatten.

Ihre Behauptung, die abgerechneten Beträge seien überhöht, muss ich zurückweisen.

Grundsätzlich kommt es bei der Frage der Erstattungsfähigkeit der Kosten allein darauf an, ob diese der üblichen Vergütung im Sinne von § 612 BGB entsprechen, da eine einheitliche Gebührenordnung für Leistungen der physikalischen Therapie bislang nicht existiert. Aus der Inrechnungstellung durch meinen Therapeuten ergibt sich bereits eine tatsächliche Vermutung dafür, dass die Beträge der üblichen Vergütung entsprechen (Vergleichen Sie hierzu: Urteil des Landgerichts Frankfurt a. M. vom 20.03.2002 – 2/1 S 124/01). Auch eine entsprechende Honorarvereinbarung liegt Ihnen vor.

Es ist inzwischen hinlänglich bekannt, dass Versicherungen immer wieder versuchen, sich ihrer Leistungspflicht dadurch zu entziehen, dass sie die Leistungen auf die Höchstsätze der Beihilfe oder der GOÄ deckeln wollen. Dabei verkennen Sie jedoch, dass weder die Beihilfesätze noch die GOÄ etwas mit der üblichen Vergütung für physiotherapeutische Leistungen zu tun haben.

Vielfach ist dann zu lesen, die beihilfefähigen Höchstsätze oder die Sätze nach der GOÄ bildeten gewissermaßen die Höchstgrenze des jedenfalls Üblichen. Dies ist aber, wie auch in der Rechtsprechung bereits entschieden wurde (Vergleichen Sie hierzu: Urteil des Amtsgerichts Frankfurt a.M. vom 30.03.2009 - 29 C 2041/07), nicht richtig.

Üblich kann eine Vergütung nämlich nur dann sein, wenn sie für vergleichbare Leistungen an einem bestimmten Ort gewöhnlich gewährt wird (Vergleichen Sie hierzu: Urteile des BGH vom 13.11.2012 - XI ZR 145/12, 24.10.1989 - X ZR 58/88 und vom 04.04.2006 - X ZR 80/05).

Auch eine Begrenzung der Leistungspflicht auf beihilfefähige Höchstsätze ist den Vertragsbedingungen nicht zu entnehmen. Auch die Beihilfesätze werden einseitig festgelegt und unterliegen keinen Marktmechanismen. Die erstattungsfähigen Beträge betreffen ausschließlich das Verhältnis des Beihilfeberechtigten zu seinem Dienstherrn und hat keinerlei Einfluss auf das Vertragsverhältnis zwischen Behandler und Patienten.

Trotz der Anhebung der Erstattungs-Sätze ist durch die Honorarvereinbarung zwischen mir und der Praxis andere Preise möglich. Die Beihilfe-Sätze sind teilweise unter den Erstattungssätzen der gesetzlichen Krankenversicherungen.

Ich möchte Sie also bitten, die restliche Zahlung auf mein Ihnen bekanntes Konto bis spätestens eingehend zum **xx.xx.xxxx** zu leisten.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen: siehe Folgeseiten

19.10.2017 Gilt die Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) auch bei der Behandlung von Privatpatienten durch Physiotherapeuten?

Amtsgericht Dortmund entscheidet zugunsten des Versicherten und schließt sich damit der Entscheidung des Landgericht Frankfurt an.

Fälle, in denen Private Krankenversicherungsunternehmen ihren Kunden die Erstattungsätze kürzen, führen in den letzten Jahren immer häufiger zu Rechtsstreitigkeiten zwischen privatkrankenversicherten Patienten und ihren Versicherungen. So auch jüngst in einem Fall aus Dortmund, in dem die private Krankenversicherung, unter Hinweis auf die Tarifbedingungen, die Auffassung vertrat, dass sich ihre Erstattungspflicht im Rahmen der Ortsüblichkeit an den Gebührensätzen für gesetzlich Krankenversicherte (im Rahmen der Gebührenordnung Ärzte, GOÄ) und die beihilfefähigen Erstattungshöchstbeträge zu orientieren habe. Der Versicherer kürzte daraufhin die Gesamtrechnung um 120,40 EUR auf die Sätze gemäß GOÄ. Der Versicherte erhob daraufhin Klage beim zuständigen Amtsgericht. Die Entscheidung des Amtsgerichts Dortmund (Urteil vom 18.07.2017 Az.: 425 C 2687/17) fiel eindeutig aus (Zitat):

Die Klage ist begründet. Der Kläger kann von der Beklagten die Zahlung der restlichen Behandlungskosten aus dem abgeschlossenen Behandlungsvertrag iVm § 192 I VVG verlangen. Die Leistungspflicht der Beklagten ist hinsichtlich der physiotherapeutischen Leistungen nicht auf die Sätze der GOÄ beschränkt. Es kann dahinstehen, ob und unter welchen Voraussetzungen die Beklagte eine Regelung dieses Inhalts in Allgemeinen Geschäftsbedingungen hätte treffen können (vgl. für den dortigen Fall verneinend LG Coburg NJW-RR 2015, 658). Vorliegend hat sie eine solche Regelung jedenfalls nicht getroffen. Die Klausel in Teil II (TB/KK) zu § 4 (1) MB/KK, lit. c) kann nicht so verstanden werden, dass die Sätze der GOÄ auch Anwendung finden sollen. Der Verweis auf die „jeweiligen Gebührenordnung“ bezieht sich nicht auf die GOÄ. Eine andere Gebührenordnung gibt es nicht. Der Verweis auf die „jeweils gültigen ... Gebührenordnungen“ impliziert, dass auch der Verweis nur innerhalb des jeweiligen Anwendungsbereichs gelten soll (so im Ergebnis auch LG Köln v. 17.06.2009 – 23 O 380/08, Juris; LG Frankfurt Urt. v. 17.11.2016 - 2 - 23 O 71/16).

Unerheblich ist, ob die Behandlungssätze des Physiotherapeuten ortsüblich sind. Die Leistungspflicht der Beklagten beschränkt sich nicht auf die Erstattung ortsüblicher Kosten. Gemäß § 192 Abs. 2 VVG, entsprechend § 5 Teil I (MB/KK) Abs. 2 Satz 2, entfällt die Leistungspflicht der Beklagten erst bei Aufwendungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Dazu trägt die Beklagte nichts vor, der Vortrag, die Kosten seien „unangemessen“ überhöht, ist gänzlich substanzlos. Es geht hier um ganz wenige Euro. Für die Angemessenheit spricht bereits eine tatsächliche Vermutung, weil die Behandler die Kosten in dieser Höhe geltend machen (LG Frankfurt VersR 2003, 232).

Im Übrigen ist für die Ermittlung der ortsüblichen Preise für physiotherapeutische Leistungen allein auf die Gruppe der privat Versicherten abzustellen. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung kennt gar keine ortsüblichen Preise, weil diese verordnet bzw. einseitig festgelegt werden (ähnlich auch LG Frankfurt VersR 2003, 232).

Auch eine Begrenzung der Leistungspflicht auf beihilfefähige Höchstsätze ist den Vertragsbedingungen nicht zu entnehmen. Auch die Beihilfesätze werden einseitig festgelegt und unterliegen keinen Marktmechanismen. Die erstattungsfähigen Beträge betreffen ausschließlich das Verhältnis des Beihilfeberechtigten zu seinem Dienstherrn und hat keinerlei Einfluss auf das Vertragsverhältnis zwischen Behandler und Patienten.

Insofern ist die Klage in der Hauptsache in vollem Umfang begründet. Der Zinsanspruch beruht auf § 288 Abs. 1, § 288, § 291 BGB.

Zu den zu erstattenden Verzugskosten gehören auch die Kosten für die vorgerichtliche Beratung des Klägers. Auch diese sind ausschließlich wegen der Weigerung der Beklagten, die vertraglich geschuldeten Zahlungen zu erbringen, entstanden.

Damit hat ein weiteres Zivilgericht festgestellt, dass die Kürzung eines Erstattungsantrages eines Privatversicherten auf die Höchstsätze gemäß GOÄ unzulässig ist.

30.05.2017:

Richtungsweisende Entscheidung des Landgerichts Frankfurt zur Höhe der Vergütung bei der Behandlung von Privatpatienten

Das Landgericht Frankfurt hatte über die Frage zu entscheiden, ob es zulässig ist, dass der Versicherer die Erstattungssätze für die Behandlung mit Heilmitteln auf die Höhe der Vergütung gemäß der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ), bzw. kulanzweise auf die Höhe beihilfefähigen Höchstbeträge begrenzt.

Dem Krankenversicherungsvertrag zwischen Versicherer und dem Versicherten lag folgende vertragliche Vereinbarung zugrunde (Krankenversicherungsvertrag auf der Grundlage der MB/KK, ergänzt durch "Tarifbedingungen (TB/KK)". Darin heißt es in Teil II (TB/KK) zu § 4 (1) MB/KK, lit. a):

Gebühren und Kosten sind im tariflichen Umfang bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen amtlichen ärztlichen Gebührenordnungen [...] erstattungsfähig. Keine Leistungspflicht besteht für die Teile einer Liquidation, die diese Höchstsätze überschreiten [...].

Der Versicherer vertrat die Auffassung, dass die Höhe der Erstattungssätze damit auf die Höhe der Vergütung gemäß GOÄ begrenzt wäre. Kulanzweise erstattete man dem Versicherten die Kosten bis zur Höhe der beihilfefähigen Höchstbeträge. Darüber hinaus wurde eine Kostenerstattung jedoch abgelehnt.

Das Gericht entschied wie folgt:

Das Landgericht Frankfurt stellte fest, dass die vertragliche Begrenzung der Leistungen der Beklagten in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil II (TB/KK) zu § 4 (1) MB/KK, lit. a) Satz 1 auf die Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen ärztlichen Gebührenordnungen nicht besagt, dass die Beklagte ihre Leistungen bei ärztlich verordneten Heilmitteln, die nicht durch Ärzte oder unter ärztlicher Aufsicht erbracht werden, auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzen darf.

Zur Begründung führte das Gericht aus:

Die Leistungspflicht der Beklagten ist hinsichtlich der physiotherapeutischen Leistungen nicht auf die Sätze der GOÄ beschränkt. Es kann dahinstehen, ob und unter welchen Voraussetzungen die Beklagte eine Regelung dieses Inhalts in Allgemeinen Geschäftsbedingungen hätte treffen können (vgl. für den dortigen Fall verneinend LG Coburg NJW-RR 2015, 658). Vorliegend hat sie eine solche Regelung jedenfalls nicht getroffen. Die Klausel in Teil II (TB/KK) zu § 4 (1) MB/KK, lit. a) kann nicht so verstanden werden, dass die Sätze der GOÄ auch dann Anwendung finden sollen, wenn sie auf das Verhältnis zu dem jeweiligen Leistungserbringer gerade keine Anwendung finden. Gemäß § 1 Abs. 1 GOÄ regelt die GOÄ die Vergütungen für die beruflichen Leistungen (nur) der Ärzte, sie findet auf Physiotherapeuten keine Anwendung. Der Verweis auf die „jeweils gültigen ... Gebührenordnungen“ impliziert, dass auch der Verweis nur innerhalb des jeweiligen Anwendungsbereichs gelten soll (so im Ergebnis auch LG Köln v. 17.06.2009 – 23 O 380/08, Juris).

Die Meinung der Beklagten, Physiotherapeuten dürften nicht höher abrechnen als Ärzte, ist haltlos. Die GOÄ gilt gerade nicht für Physiotherapeuten, folglich sind sie auch nicht an deren Sätze gebunden. Unerheblich ist, ob die Behandlungssätze des Physiotherapeuten ortsüblich sind. Die Leistungspflicht der Beklagten beschränkt sich nicht auf die Erstattung ortsüblicher Kosten. Gemäß § 192 Abs. 2 VVG, entsprechend § 5 Teil I (MB/KK) Abs. 2 Satz 2, entfällt die Leistungspflicht der Beklagten erst bei Aufwendungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Dazu trägt die Beklagte nichts vor, der Vortrag, die Kosten seien "unangemessen" überhöht, ist gänzlich substanzlos. Auch eine Begrenzung der Leistungspflicht auf beihilfefähige Höchstsätze ist den Vertragsbedingungen nicht zu entnehmen.

Aktualisierung am 12.12.2012:

Amtsgericht Köpenick bestätigt: Private Honorarvereinbarung für Krankenversicherung grundsätzlich bindend

Schließen Patient und Praxisinhaber eine Honorarvereinbarung für eine krankengymnastische Behandlung ab, muss die private Krankenversicherung des Patienten die Höhe der vereinbarten Vergütung akzeptieren. Dies gilt nur dann nicht, wenn der Patient selbst mit seiner privaten Krankenversicherung niedrigere Vergütungssätze vertraglich vereinbart hat. Dies kommt beispielsweise häufiger bei Verträgen von privat krankenversicherten Studenten vor.

Immer häufiger wird dabei durch die Versicherung der Eindruck erweckt, der Praxisinhaber hätte eine überdurchschnittlich hohe Vergütung abgerechnet.

Häufig erfolgen die Absetzungen durch die privaten Krankenversicherer jedoch zu Unrecht, so die Rechtsauffassung des zuständigen Richters beim Amtsgericht Köpenick. Nach dessen Auffassung ist allein entscheidend, was im Behandlungsvertrag zwischen Praxisinhaber und Patienten vereinbart wurde, denn diese Vereinbarung bindet die private Krankenversicherung und verpflichtet sie zur Zahlung der zwischen dem Patient und dem Behandler vorab vereinbarten Vergütung.

Aktuellstes Urteil zu diesem Thema ist das des Amtsgerichts Köpenick vom 10. Mai 2012 (Az.: 13 C 107/11): Urteil Amtsgericht Köpenick (13 C 107 11) vom 10. Mai 2012

Aktualisierung vom 08.04.2010:

Eindeutige Entscheidung des Landgerichts Köln

Für die Ermittlung der üblichen Vergütung physiotherapeutischer Leistungen (hier Manuelle Therapie) ist nicht(!) auf die beihilfefähigen Höchstsätze abzustellen (Urteil vom 14.10.2009 Az.: 23 O 424/08).

Hintergrund: Der klagende Patient hatte aufgrund verschiedener Erkrankungen seit dem Jahr 2005 regelmäßig Manuelle Therapie in Anspruch genommen und in diesem Zusammenhang Abrechnungen bei seiner privaten Krankenversicherung eingereicht, in denen durch den behandelnden Therapeuten je Behandlungseinheit 33,20 € berechnet wurden. Auf diese Rechnungen hin erstattete die beklagte Private Krankenversicherung jeweils nur einen Betrag in Höhe von 22,50 € je Behandlungseinheit. Dieser Betrag, von der die Private Krankenversicherung behauptete, er stelle die übliche Vergütung dar, entsprach dem Heilmittelverzeichnis LEVP07/03 der Privaten Krankenversicherung sowie den beihilfefähigen Höchstsätzen.

Das Landgericht Köln entschied, dass eine Kürzung auf der Grundlage des Heilmittelverzeichnisses LEVP07/03 der Beklagten nicht in Betracht kommt, da weder vorgetragen worden noch ersichtlich sei, dass dieses Heilmittelverzeichnis wirksam in den Versicherungsvertrag einbezogen wurde. Auch eine Kürzung auf die beihilfefähigen Höchstsätze, die den Sätzen dieses Heilmittelverzeichnisses entsprachen, kommt nicht in Betracht, da die beihilfefähigen Höchstsätze keinen Anhaltspunkt für die übliche Vergütung physiotherapeutischer Behandlungen darstellen würden.

Da die beklagte Private Krankenversicherung nicht hinreichend belegen konnte, dass eine namhafte und repräsentative Anzahl von Physiotherapiepraxen für die Manuelle Therapie tatsächlich nur die beihilfefähigen Höchstsätze in Rechnung stellt, verzichtete das Landgericht auf eine Beweisaufnahme zur Höhe der üblichen Vergütung in Köln und entschied zugunsten des Klägers: Urteil vom 14.10.2009 Az.: 23 O 424/08 LG Koeln