

ABRECHNUNG PRIVATPATIENTEN

Es kommt häufiger vor, dass eingereichte Honorarrechnungen bei Privatversicherungen abgelehnt oder gekürzt werden. Begründet wird dies oft damit, dass die Honorare zu hoch wären. Als Leitwert wird der Beihilfesatz für Versicherte des öffentlichen Dienstes genommen. Dieser Praxis bedienen sich immer mehr Gesellschaften, auch große Firmen die bisher problemlos gezahlt haben. Die Ablehnungsschreiben gleichen sich in Wortwahl und Argumente sehr, weshalb von einer abgesprochenen Praxis ausgegangen werden kann. Mit fadenscheinigen Argumenten wird dem Kunden suggeriert, die Kürzung wäre rechtmäßig. Dabei wird wie bei vielen Versicherungs-Konflikten darauf spekuliert, dass der Versicherungsnehmer keinen Rechtsanwalt einschaltet und gegen die unberechtigte Kürzung vorgeht – leider mit Erfolg. Schaut man sich die Fallzahlen der Ablehnungen an, kann davon ausgegangen werden, dass Versicherungen hoffen, dass der Versicherungsnehmer wegen der unzumutbaren Eigenbeteiligung auf längere Therapien verzichtet. Auch die Tatsache das häufig ältere und chronisch kranke Patienten von den Maßnahmen betroffen sind verstärkt diesen Eindruck noch.

Bei privaten Krankenversicherungen gibt es wegen fehlender vertraglicher Bindung keine definierte Leistungsbeschreibung, welche die Dauer, den Inhalt und Umfang der Therapie regelt. Deshalb ist der Patient selbst dafür zuständig die optimale Therapiequalität für sich zu wählen. Positiv ist, dass Gerichte schon häufig entschieden haben, dass der Patient nicht den billigsten Anbieter wählen muss um Anspruch auf die Erstattung zu haben.

Versicherungen arbeiten gewinnorientiert, Ziel ist es möglichst viele Policen zu verkaufen und möglichst wenig zu erstatten. Meist sind Versicherungskonzerne Aktienunternehmen und aus diesem Grund auch in erster Linie ihren Aktionären verpflichtet. Schaut man sich Statistiken über Konfliktfälle, Gerichtsprozesse und Ombudsmann-Fälle an, dann wird ersichtlich dass ältere und chronisch kranke Versicherungsnehmer den Löwenanteil der Fälle darstellen. Wichtig ist auch, regelmäßig seinen Versicherungsvertrag zu überprüfen und Bedarf und Kosten vernünftig abzuwägen.

Rechtlich gesehen schließt der Privatpatient mit dem Heilmittelerbringer (Therapiepraxis) einen Behandlungsvertrag ab (Dienstvertrag gem. §611ff. BGB). Hierbei leistet die Therapiepraxis die vereinbarte Leistung und der Patient zahlt den vereinbarten Preis, unabhängig davon wie viel er von seiner PKV erstattet bekommt.

GRUNDLAGE FÜR DIE ERSTATTUNG DER HEILMITTELKOSTEN SIND FOLGENDE FAKTOREN:

- Eine Verordnung aus der die Indikation der Heilmittelverordnung ersichtlich wird.
- Eine Praxis/einTherapeut der die gesetzliche Zulassung verfügt. Bei Abschluss der PKV ist darauf zu achten, dass die Höhe der Kostenerstattung für Heilmittel nicht in der Höhe begrenzt ist.

WIE BERECHNET SICH DAS HONORAR?

Bei den gesetzlichen Krankenkassen/Ersatzkassen und Unfallversicherungsträgern ist die Höhe des Honorars durch einheitliche Beschreibungen und Verträge geregelt. Diese sind in den meisten Fällen auch rechtlich bindend und können somit als Vergleichsgrundlage herbeigezogen werden. Für Beihilfeberechtigte existieren Erstattungs-Höchstbeträge (Seit 1992 eingefroren), die rechtlich aber auch nur in diesen Fällen bindend sind. Zudem sind diese Beträge seit 1992 nicht mehr angepasst worden und auch deshalb als Honorar-Grundlage keine wirklich faire Lösung. Versicherungen argumentieren oft, dass die Beihilfesätze als ortsüblich zu betrachten sind, den Nachweis über die Ermittlung der Ortsüblichkeit bleiben Sie aber schuldig. Ein fairer Honorarsatz liegt unserer Ansicht nach zwischen dem 1,8 und 2,3 fachen des VdAK-Satzes.

WAS IST EIN ANGEMESSENES HONORAR?

Leider fehlen im Bereich der Logopädie für Privatpatienten einheitliche Tarifverträge. Deshalb hat sich bislang die Berechnung des 1,8 bis 2,3-fachen VdAK-Satzes als Vorgehensweise bewährt. Auch in Gerichtsprozessen wurde diese Regelung schon in der ersten und zweiten Instanz bestätigt. Trotz unserer höheren Qualifikation wird aus den Zahlen ersichtlich, dass wir den untersten Vergütungssatz berechnen. Wir vereinbaren vor Beginn der Behandlung mit Ihnen unser Honorar, das sich nach der Deutschland weit verbreiteten Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTh) richtet.

WELCHE VERSICHERUNGEN ERSTATTEN DIE BEHANDLUNGSSÄTZE UNSERER PRAXIS?

Es gibt einige Gesellschaften die unsere Behandlungssätze akzeptieren und die Problemgesellschaften sind noch in der Minderheit. Es ist allerdings mit der Kostenexplosion im Gesundheitssektor damit zu rechnen, dass sich die Probleme verschärfen werden. Deshalb ist es wichtig, dass Sie bei Problemen mit der Erstattung bei vertraglich geregelter 100%iger Übernahme der Kosten auf Ihr Recht bestehen und dies auch durchsetzen. Die Chancen dafür sind sehr hoch. Falls Sie eine Rechtsschutzversicherung abschließen möchten empfehlen wir Ihnen hierbei eine Gesellschaft zu wählen bei der sie keine andere Versicherung abgeschlossen haben. Interessant ist noch der Aspekt, dass Versicherungen auf der einen Seite verweigern die vollen Kosten zu übernehmen und auf der anderen Seite bei Beamten eine Ergänzungsversicherung für den Differenzbetrag anbieten. Dies zeigt, dass den Versicherern schon bewusst ist, dass sich faire Honorarsätze nicht an Beihilfesätzen von 1992 orientieren können.

WIE HOCH SIND DENN DIE HONORARKOSTEN IN UNSERER PRAXIS?

Wie gesetzlich vorgeschrieben bekommen Sie zu Beginn der Behandlung ein Schreiben wo ersichtlich wird dass wir nicht den vollen Honorarsatz (2,3 fachen VdAK) sondern den untersten (1,8 fachen VdAk) Honorar-Satz berechnen. Hierbei erhalten Sie die bestmögliche Therapie. Dies gewährleisten wir durch permanente Weiterbildung und hohe Ansprüche an die Qualifikation unserer Mitarbeiter/innen. Wir gehen trotz der steigenden Kosten im Gesundheitssektor davon aus, dass in Zukunft mit den Versicherern eine für alle Parteien gute Lösung gefunden werden kann. Im Vordergrund steht für uns das Patientenwohl in Verbindung mit einer optimalen Therapie und der schnellstmöglichen Heilung. Wir appellieren auch an die Versicherer, sich die eigenen Werbeversprechen Clips und Broschüren gelegentlich anzuschauen und in ihre Handlungspraxis zu integrieren, dies ist übrigens auch Grundlage unserer Arbeit.

Unsere Behandlungstarife (Stand Juni 2021):

a) Erstbefundung (Anamnese und Diagnostik) (1x pro Behandlungszyklus)	€	179,82
b) Ärztlich verordneter Hausbesuch inkl. Wegegeld (pro Behandlung)	€	34,31
c) Therapiebericht	€	13,50
d) Porto	€	0,80

Die Positionen a-d werden zusätzlich zu folgenden Zeiteinheiten ohne weitere Therapie- oder Untersuchungszeit berechnet.

Stimm-, Sprach-, Sprech-, Schlucktherapie:

e) Einzelbehandlung 30 Minuten Therapie , 15 Minuten Vor- und Nachbereitungszeit	€	79,82
f) Einzelbehandlung 45 Minuten Therapie , 15 Minuten Vor- und Nachbereitungszeit	€	109,89
g) Einzelbehandlung 60 Minuten Therapie , 15 Minuten Vor- und Nachbereitungszeit	€	139,86