



## Bitte beachten Sie folgendes!

### Bitte nicht lange warten...

Ihre Krankenkasse achtet auf die Termine: Eine Heilmittelverordnung (Rezept), die Sie von Ihrem Arzt erhalten, hat nur eine Gültigkeit von 10 Tagen. Nur einen Tag später und das Rezept verliert seine Gültigkeit. 10 Tage sind schnell vorbei, deshalb am besten gleich anrufen und einen Termin vereinbaren.

### Absagen

Die Vergütung der Krankenkassen erlaubt uns wenig Spielraum für Kulanz. Jede Absage ist ein Verlust für die Praxis. Deshalb bitten wir Sie darum nur in dringenden Fällen abzusagen, spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung.

Hierfür stehen Ihnen in unserer Praxis das Telefon, der Anrufbeantworter und die E-Mail-Adresse zur Verfügung.

**Sollten Sie Ihren Termin nicht rechtzeitig absagen, sehen wir uns gezwungen, Ihnen den Verdienstaufschlag mit 15 Euro privat in Rechnung zu stellen.**

### Notwendige Zuzahlungen

Die Rezeptgebühr beträgt für nicht von der Zuzahlung befreite Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen 10,- €. Auch eine Eigenbeteiligung von 10 % des Rezeptwertes wird fällig. Die Höhe der Zuzahlung ist in jeder Praxis gleich.

### Hinweis:

**Die 10,- € Rezeptgebühr so wie die Eigenbeteiligung von 10 % führen wir zu 100 % an ihre Krankenkasse ab!!!**

## **Private Krankenkassen**

Gerade privat Versicherte Patienten sind immer wieder erstaunt darüber, dass ihre Kasse nur einen Teil der **Kosten** übernimmt z. B. **90%**. Die Privaten Krankenversicherungen begründen dies mit verschiedenen Argumenten. Allerdings ist das nicht rechtmäßig. Ihre private Krankenversicherung muss **100%** Ihrer **Kosten** tragen (soweit vertraglich nicht anders vereinbart).

Gerne beraten wir Sie!

**Hier einige Anhaltspunkte die Ihre privaten Krankenkassen oft verwenden werden um nicht die vollen Kosten übernehmen zu müssen und dazu Argumente, die diese entkräften sollen:**

### **Argument der Privaten Krankenversicherungen:**

Die Kosten werden nicht in voller Höhe erstattet, weil die Kasse nur bis zur Höhe der beihilfefähigen Höchstsätze bezahlt.

### **Aber:**

Beihilfevorschriften haben keine Relevanz für den Vergütungsvertrag zwischen dem Versicherten und dem Heilmittelerbringer. Sie sind lediglich eine allgemeine Verwaltungsvorschrift, die das Verhältnis zwischen Dienstherrn und Beamten und anderen Versorgungsempfängern regelt. Das Bundesministerium des Inneren weist in seiner Pressemitteilung vom 7. Februar 2004 ausdrücklich darauf hin, dass die beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel nicht kostendeckend sind und dass aus Sicht des Dienstherrn eine Eigenbeteiligung für die Versicherten unumgänglich ist.

### **Argument der Privaten Krankenversicherungen:**

Der Preis geht über den ortsüblichen Preis hinaus und ist damit gemäß § 612 BGB nicht erstattungspflichtig.

### **Aber:**

Im § 612 Absatz 2 des BGB steht: „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.“

Der Begriff Taxe steht hier für „offiziell festgelegte Preisliste“.

Da eine allgemein verbindliche Gebührenordnung, wie Sie zur Bewertung von privatärztlichen Leistungen vereinbart wurde im Bereich der Heilmittel fehlt, ist dieses Argument nicht haltbar.

### **Rechtsprechung zum Thema Privatpreis:**

**Mit der Wendung „medizinisch notwendige Heilbehandlung“ in § 1 Abs. 2 S. 1 MD/KK 76 hat der Versicherer keine Beschränkung seiner Leistungspflicht auf die kostengünstigste Behandlung erklärt.**

„... Zudem ist für den Versicherungsnehmer nicht erkennbar, nach welchen Maßstäben die medizinische Gleichwertigkeit von Heilbehandlungen zu beurteilen sein soll. Übernimmt der Versicherer ... die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ohne für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbare Einschränkung, so kann er ihn grundsätzlich nicht auf einen billigeren oder den billigsten Anbieter einer Heilbehandlung verweisen, die er für medizinisch gleichwertig hält ...“ *Bundesgerichtshof, 12.03.2003 (AZ: IV ZR 278/01)*

**Eine pauschale Honorarbeschränkung auf eine aus Sicht der PKV angemessene Höhe ist nicht zulässig.**

„Die Einbeziehung von Kostengesichtspunkten lässt sich aus § 1 Absatz 2 Satz 1 MB/KK im Wege der Auslegung nicht entnehmen. Aus der dafür maßgeblichen Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers ist die Notwendigkeit der Heilbehandlung allein aus medizinischer Sicht zu beurteilen. Er versteht die Klausel so, dass ihm nicht die Kosten für jede beliebige Heilbehandlung erstattet werden, sondern nur für solche, die objektiv geeignet sind, sein Leiden zu heilen, zu bessern oder zu lindern. Ihm erschließt sich nicht, dass der Versicherer seine Leistungspflicht auf die billigste Behandlungsmethode beschränken will.“ *Bundesgerichtshof, 12.03.2003 (AZ: IV ZR 278/01)*

**Das Kürzungsrecht des Versicherers bei sog. Übermaßbehandlungen gemäß § 5 Abs. 2 MB/KK 76 erstreckt sich nicht auf Übermaßvergütungen.**

„... Der durchschnittliche Versicherungsnehmer kann schon dem Wortlaut des Paragraphen 5, Abs. 2 MB/KK 76 nicht entnehmen, dass mit der Überschreitung des medizinisch notwendigen Maßes auch ein wirtschaftliches Übermaß gemeint ist... Auch wenn man als Ziel der Übermaßregelung erkennen kann, dass der Versicherer sich vor einer unnötigen Kostenbelastung schützen will, bezieht er die Kürzungsbefugnis auf Heilbehandlungsmaßnahmen, die aus medizinischer Sicht nicht mehr oder nicht in dem abgerechneten Umfang notwendig waren. Immer hält sich indes nicht, dass er trotz uneingeschränkter medizinischer Notwendigkeit der Heilbehandlung reduzierte Versicherungsleistungen erhalten soll...“ *Bundesgerichtshof, 12.03.2003 (AZ: IV ZR 278/01)*

**Die private Krankenversicherung muss die Kosten für Heilmittel auch dann erstatten, wenn die Preise deutlich über den Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherungen liegen.**

„... Soweit die Beklagte (die PKV) meint, sie schulde nur das, was die Kassen der gesetzlichen Versicherten oder der Beihilfestellen den Beihilfeberechtigten erstatten, entspricht dies nicht dem zwischen den Parteien geschlossenen Vertrag und deckt sich auch nicht mit der Realität. Die Beklagte verspricht ein Höchstmaß an Leistung und eine Person, die sich privat krankenversichert, tut dies in der Erwartung, besser behandelt zu werden, als ein gesetzlich Versicherter. Entsprechend entspricht es auch der Realität, dass Privatpatienten höher abgerechnet werden als gesetzlich Versicherte. Eben weil die gesetzlich Versicherten oder die Beihilfeberechtigten derartige Mehr- bzw. Besserleistungen nicht erstattet bekommen, bieten private Krankenversicherer wie die Beklagte Ergänzungstarife an, um auch dem ansonsten nicht privat versicherten Personenkreis die Leistungen von privat Versicherten zu sichern und zu erstatten. Die Beklagte setzt sich damit in Widerspruch zu ihrem Selbstverständnis, wenn sie auch Privatpatienten lediglich das erstatten möchte, was gesetzlich Versicherte erhalten...“ *AG Frankfurt, 15.11.2001 (AZ: 32 C 24248/98-84)*