

als Praxisinhaber legen also selbst fest, welche Faktoren Sie wie honoriert bekommen möchten.

Man kann die Bandbreite der verschiedenen berechneten Tarife eingrenzen. Der Mindesttarif ist der Beihilfesatz. Dies ist der Satz, den beihilfeberechtigte Versicherte von ihrer Beihilfekasse erstattet bekommen.

Bei den Ärzten ist eine Verfahrensweise festgelegt, die auch für Heilmittelbehandlungen übernommen werden kann. Diese besagt, dass für aktive Behandlungen der 2,3-fache GOÄ-Satz (Gebührenordnung für Ärzte) berechnet werden kann und für passive Anwendungen der 1,8-fache GOÄ-Satz. Diese Tarife können als Höchstsatz angesehen werden. Therapeuten könnten analog dazu mit dem vdek-Satz multiplizieren.

Diese beiden Eckpunkte können als Richtwert angesehen werden. Jeder Praxisinhaber muss selbst entscheiden, welchen Tarif er als angemessen bezeichnen wird.

Folgende Punkte sollten dabei aber immer bedacht werden:

- Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen müssen zehn € + zehn Prozent Zuzahlung aus dem eigenen Portemonnaie, also zusätzlich zum Versicherungsbeitrag entrichten. Dies kann man auch von anderen Versicherten erwarten.
- Manche Versicherungsverträge sehen die Erstattung des »ortsüblichen« Tarifs vor. Praxen, die ihre Preise an der unteren Grenze ansiedeln, manifestieren damit für die ganze Berufsgruppe diese niedrigen Preise.

Behandlungsvertrag

Bevor die Behandlung beginnt empfiehlt es sich, einen schriftlichen Behandlungsvertrag zwischen Privatpatient und Praxis abzuschließen. Auch wenn dies am Anfang ungewohnt sein mag, werden damit bereits zu Beginn alle Unklarheiten beseitigt. In diesem Vertrag sollte festgehalten werden, welche Behandlungen durchgeführt werden und wie diese berechnet werden. Der Vertrag kann durchaus allgemein gehalten sein und das Rezept und die Gebührenliste als Anhang angeheftet werden. Wichtig ist, dass der Patient bereits vor seiner ersten Behandlung weiß, wie hoch die Rechnung sein wird und er darauf hingewiesen wird, dass seine Versicherung unter Umständen nicht alle Kosten erstatten wird. Darauf sollte der Klarheit wegen auch mündlich hingewiesen werden.

Wichtig ist dies auch deshalb, weil manche Patienten die Rechnung erst begleichen, nachdem die Versicherung die Kosten erstattet hat.

Die Versicherung erstattet dem Patienten die Kosten nicht?

Da Sie einen Behandlungsvertrag mit dem Patienten abgeschlossen haben und ihn ausdrücklich auf diese Möglichkeit hingewiesen haben, sollte diese Ablehnung Ihr Vertrauensverhältnis zum Patienten nicht belasten.

Ablehnungen treten immer häufiger ein, da auch die Privatversicherungsgesellschaften versuchen zu sparen.

Noch einmal, die Rechtslage ist folgendermaßen: Sie als Praxis haben keinen Vertrag mit der Versicherungsgesellschaft. **Sie haben einen Vertrag mit dem Patienten**, und mit diesem haben Sie die Leistung und den Preis vereinbart (s. Behandlungsvertrag im vorigen Absatz). Der Patient hat einen eigenen Vertrag mit seiner Versicherungsgesellschaft. Wenn die Versicherung des Patienten die Kosten nicht erstattet, muss also zunächst der Patient die Vereinbarungen in seinem Vertrag nachlesen. Ist dort z. B. ein bestimmter Betrag oder Prozentsatz vereinbart worden, so gilt eben diese Vereinbarung. Im Gegenzug wird der Patient wahrscheinlich niedrigere Monatsbeiträge entrichten.

Oft ist es aber so, dass im Versicherungsvertrag nichts Spezielles vereinbart wurde oder es ist nur ein Hinweis zu lesen, dass die Kosten bis zur Höhe des »ortsüblichen Satzes« erstattet werden. Da diese Sätze aber nirgendwo festgelegt sind, interpretieren die Versicherer den Beihilfesatz gerne als ortsüblich. Verschiedene Patienten haben Versicherer daraufhin verklagt und auch Recht bekommen. Nun ist dies natürlich für Sie als Praxisinhaber eine schwierige Situation, da Sie von Ihrem Patienten nicht verlangen können, dass er seine Versicherungsgesellschaft verklagt.

Da es aber bereits etliche Urteile gegen Versicherer in diesen und ähnlichen Fällen gegeben hat, sollten Sie Ihrem Patienten vielleicht folgende Vorgehensweisen anbieten:

1. Sie schreiben dem Versicherer des Patienten einen freundlichen Brief, in dem Sie die Versicherungsgesellschaft auf die Rechtslage hinweisen.
2. Sie geben Ihrem Patienten die Urteile mit und raten ihm, dass er einen Rechtsanwalt beauftragen soll, dem Versicherer einen Brief zu schreiben.

3. Am besten ist es immer, wenn der Patient zufrieden ist, Ihre Leistung anerkennt und damit versteht, dass Ihre Tätigkeit angemessen honoriert werden muss.

13.8 Checklisten

Vollständige Verordnung (VO)

- | | |
|---|---|
| ✓ Alle Patientenangaben vollständig | ✓ Kreuzchen ob Hausbesuch oder nicht |
| ✓ Kreuzchen ob gebührenbefreit oder nicht | ✓ Anzahl der Verordnungsmenge |
| ✓ Ausstellungsdatum (nicht älter als 14 Tage) | ✓ Diagnose mit mindestens einer Leitsymptomatik (nach HMK) mit Frequenz |
| ✓ Kreuzchen ob VO Regelfall (Erst- oder Folge-VO) | ✓ Heilmittel oder »D1« mit Indikationsschlüssel |
| ✓ oder außerhalb des Regelfalls | ✓ Stempel und Unterschrift des Arztes |



Internetcode:

Rufen Sie im Internet die Seite <http://www.physio.de/internetcode/> auf und geben Sie den o. a. Internetcode ein. Sie erhalten dort weitere Informationen zu folgenden Themen:

- ▶ Die Rezeptformulare
- ▶ Die Heilmittelrichtlinie, Heilmittelkatalog
- ▶ Firmen die Abrechnungssoftware anbieten
- ▶ Firmen die Abrechnungsdienstleistungen anbieten
- ▶ Muster-Behandlungsvertrag
- ▶ Mustertexte
- ▶ Aktualisierungen
- ▶ Welche Kassen verzichten auf die Genehmigung?
- ▶ Fragen-Antworten-Katalog der Krankenkassen zu Abrechnungsfragen