

01.09.2018

Änderung der beihilfefähigen Höchstsätze und Preise für Privatpatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zum 01.08.2018 gilt für Bundesbeamte und zum 01.10.2018 für Landesbeamte in RP eine neue Gebührenliste der beihilfefähigen Höchstsätze. Eine zweite Stufe erfolgt zum 01.01.2019.

Seit mindestens dem Jahre 2001 sind die beihilfefähigen Höchstbeträge durch das Bundesministerium des Inneren nicht den wirtschaftlichen Entwicklungen angepasst worden – also über 17 Jahre! Die letzte Anpassung im Jahr 2001 (DM auf €) ersetzte auch nur eine Regelung aus dem Jahr 1992.

Die beihilfefähigen Höchstbeträge werden im übrigen auch nicht verhandelt – sie werden für den Bund durch das zuständige Bundesministeriums (BMI) des Innern und für die Länder durch die dafür zuständigen Landesministerien festgesetzt.

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 Höchstsätze für Beamte sind also grundsätzlich keine „Gebührenordnung“, nach der Heilmittelerbringer abrechnen müssen.

Die ortsüblichen Gebühren für Heilmittelleistungen für Privatpatienten (zu denen Beamte zählen) liegen in der Regel deutlich höher.

Differenzen zu den tatsächlichen Behandlungskosten muss der Patient selbst tragen oder auch diese Erstattung durch eine entsprechende private Zusatzversicherung absichern.

Beihilfe ist also ausdrücklich nur eine Teilerstattung von Kosten.

Basis für die Abrechnung der Heilmitteltherapie mit allen Privatpatienten sollte deshalb, um alle Zweifel auszuschließen, stets eine zwischen Heilmittelerbringer und Privatpatienten getroffene Honorarvereinbarung sein, in der auf der Basis der ärztlichen Verordnung Vergütung und Art der Therapie dokumentiert werden. Alternativ gilt die ortsübliche Vergütung im Sinne des § 612 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

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 Ihre Patienten.

Grundlage für die Abrechnung mit Privatpatienten ist anders als im ärztlichen Bereich nicht die Gebührenordnung der Ärzte (die so genannte GOÄ), sondern entweder der mit dem Patienten vereinbarte Behandlungspreis oder die ortsübliche Vergütung im Sinne des § 612 BGB. 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.

01.09.2018

Änderung der beihilfefähigen Höchstsätze und Preise für Privatpatienten

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.

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.

Falls Sie Fragen haben, zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam physiotherapie budenheim