



- Stimm-, Sprech- & Sprachtherapie
- Therapie bei Schluckstörungen
- Therapie bei Hörstörungen & auditiver Wahrnehmungsschwäche
- Therapie bei Lese-Rechtschreib-Schwäche
- Systemische Beratung & Therapie für Einzelne, Paare & Familien
- Supervision & Coaching
- Stimmbildung für Sing- und Sprechstimme
- Fortbildungen & Seminare

## Hinweise und Tipps für Privatpatienten

**Bei Problemen mit Ihrer Privaten Krankenversicherung (auch Abrechnungsproblemen) hilft Ihnen der Ombudsmann der Privaten Kranken und Pflegeversicherung:  
Leipziger Str. 104, 10117 Berlin, Fon: 0180-2550444, Fax: 030-20452785**

Auch als Mitglied einer Privaten Krankenversicherung benötigen Sie für die logopädische Behandlung ein Rezept eines Arztes, damit Sie die entstehenden Kosten erstattet bekommen.

Als Privatpatient schließen Sie mit uns einen Behandlungsvertrag ab. In diesem Behandlungsvertrag werden Ihnen die Bedingungen erläutert, unter denen die logopädische Behandlung stattfindet, und Sie erhalten eine Aufstellung der Behandlungskosten.

Wir weisen direkt zu Beginn darauf hin, dass es wichtig ist diese Kosten mit den Erstattungssätzen Ihrer Krankenversicherung abzugleichen, damit Sie schon am Anfang der Behandlung absehen können, ob und welche Kosten der Behandlung Sie selber leisten müssen. Der Grund hierfür liegt meist in Ihrem Versicherungsvertrag, in dem Sie u. U. eine Eigenbeteiligung bei Heilmitteln vereinbart oder diese sogar ganz ausgeschlossen haben.

Aber auch bei einer vereinbarten Gesamtkostenübernahme im Bereich Heilmittel kann es gelegentlich zu Schwierigkeiten bei der Erstattung der Behandlungskosten kommen. Hierzu finden Sie im Folgenden einige Erläuterungen und Hinweise:

### Zahlt Ihre Kasse nicht?

Weigert sich Ihre Krankenversicherung, Ihnen die vollen Kosten für Ihre logopädische Behandlung zu erstatten? Hier erhalten Sie alle notwendigen Hintergrundinformationen zur aktuellen Situation und mit welchen Argumenten Sie sich gegen ungerechtfertigte Kürzungen Ihrer Erstattungsleistung zur Wehr setzen können. Die Urteile finden Sie am Ende dieses Dokumentes!

**Der nachstehende Artikel wurde folgender Homepage entnommen und unserer Praxissituation entsprechend überarbeitet:  
<http://www.mtk-physio.de>**

### Die Situation:

#### Leistungsverweigerung durch einzelne Versicherungsgesellschaften

Immer häufiger berichten uns Patienten, Ihnen sei eine volle Kostenübernahme für eingereichte Honorarrechnungen abgelehnt worden. Als Begründung für die Ablehnung der vollen Erstattung wird jeweils - unabhängig von der tatsächlichen Höhe der Honorarforderung - eine angebliche Überhöhung derselben vorgebracht. Lediglich Honorare bis zur Höhe der Beihilfesätze für Versicherte des öffentlichen Dienstes bleiben unbeanstandet.

Waren es früher noch Versicherungsgesellschaften, die ohnehin den Ruf einer schlechten Zahlungsmoral genießen, bedienen sich nun immer mehr Gesellschaften dieser fragwürdigen Geschäftspraktiken. Da sich die einzelnen Versicherer gegenüber Ihren Kunden, unseren Patienten, stets der gleichen Argumente, bis hin zur identischen Wortwahl in ihrer Korrespondenz bedienen, kann von einer abgesprochenen Politik dieser Gesellschaften ausgegangen werden. Mit Scheinargumenten wird bei den Kunden der Eindruck erweckt, unberechtigte Kürzungen der Kostenerstattung seien legitim. Die einzelnen privaten Versicherungsgesellschaften spekulieren (leider allzu oft mit Erfolg) darauf, dass ihre Kunden vor einer - zumeist erfolgversprechenden - Einschaltung ihres Rechtsanwaltes zurückschrecken. Möglicherweise hoffen sie gar darauf, dass ihre Kundschaft angesichts unzumutbarer Eigenbeteiligungen freiwillig auf langwierigere Therapiemaßnahmen verzichtet. Dieser Eindruck drängt sich förmlich auf, da es vor allem ältere und chronisch kranke Patienten sind, die regelmäßig von Erstattungsproblemen mit ihrer PKV berichten.

#### Was sind angemessene Honorarforderungen?

Dies lässt sich nicht leicht beantworten, da die Kalkulation eines Behandlungshonorars von zahlreichen Faktoren abhängig ist. Über welche Qualifikation oder ggf. Weiterbildung verfügen die Therapeuten? Welche Behandlungszeit wird für die einzelnen Behandlungen aufgewendet? Verfügt die Praxis über eine zeitgemäße Ausstattung? Unterhält die Praxis ein Büro mit Sprechzeiten, die einen reibungslosen Ablauf der Behandlung ermöglichen? In welchem Umfang investieren die Therapeuten Zeit (und Geld) in ihre Fort- und Weiterbildung?

Es steht daher jedem Praxishaber frei, mit seinen Patienten individuelle Vereinbarungen über die Höhe des Behandlungshonorars zu treffen und selbst zu entscheiden, welchen Leistungsumfang er seinen Patienten für das von ihm geforderte Honorar zukommen lässt.

#### Wie kann ein Therapeut sein Honorar dann berechnen?

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung - getrennt nach Primärkassen (RVO) und Ersatzkassen (VdEK) - und den Unfallversicherungsträgern existieren durchweg einheitliche Behandlungsbeschreibungen und einheitliche Tarifverträge. Da diese für die Mehrheit der von uns durchgeführten Behandlungen rechtsbindende Wirkung haben, können sie zumindest als weitere Vergleichsmöglichkeit neben den ausländischen Verzeichnissen herangezogen werden.

Für Privatpatienten existiert das Verzeichnis der beihilfefähigen Höchstbeträge, die jedoch lediglich hinsichtlich des jeweiligen Erstattungsverhältnisses zwischen dem Beihilfeberechtigten und dessen Dienstherrn von Bedeutung sind. Zieht man in Betracht, dass die Beihilfe-Sätze, nachdem sie über neun Jahre auf dem Stand von 1992 eingefroren waren, nicht einmal an die laufende Inflation angepasst wurden, wird offenkundig, welchen Stellenwert diese bei der Ermittlung eines angemessenen Honorars wohl haben können.

Die Gebührenordnung für Ärzte scheidet als Vergleichsgrundlage aus, weil sie als amtliche Gebührenordnung ausschließlich für die Berufsgruppe der Ärzte Gültigkeit hat. Zum Schluss gibt es noch Vergleichsmöglichkeiten mit den üblichen Honoraren anderer medizinischer Berufsgruppen, sofern sie über vergleichbare fachliche Qualifikation, vergleichbare berufliche Stellung im Gesundheitswesen, vergleichbare Aufgaben und vergleichbare Praxiskosten verfügen.



### Welches Honorar ist nun tatsächlich angemessen?

Da für den Bereich der privat versicherten Patienten keine einheitlichen Tarifverträge existieren, hat sich auch innerhalb der Heilberufe bislang die Verfahrensweise der Ärzte bewährt, aktive therapeutische Maßnahmen generell mit dem 2,3-fachen VdEK-Satz zu berechnen. Diese Vorgehensweise wurde von mehreren Gerichten in der ersten und zweiten Instanz bestätigt. Sie steht jedoch zunehmend in der Kritik der Versicherungsgesellschaften, weil damit nach deren Auffassung zu hohe Honorare entstehen würden. Inzwischen wird sie daher von den Heilberufen - so auch von uns - als oberste Grenze ihres Honorars angesehen, die wir mit unseren Behandlungssätzen NICHT ausschöpfen.

### Gibt es überhaupt überzogene Honorarforderungen?

Um es vorweg zu nehmen: In Unkenntnis der Rechtslage werden in der Regel von Heilmittelerbringern eher viel zu geringe Honorare berechnet. Überzogene Honorarforderungen sind so gut wie unbekannt. Da wir Logopäden als Angehörige eines Heilberufes mit staatlich geregelter Ausbildung gegenüber unseren Patienten nicht als Wunderheiler auftreten, erheben wir auch nicht den Anspruch auf außergewöhnlich hohe Vergütung für die von uns erbrachten Leistungen. Solange sich das Honorar für eine logopädische Behandlung innerhalb der oben genannten Größenordnung bewegt, kann von einer angemessenen Höhe ausgegangen werden.

### Warum erstatten manche Gesellschaften die Kosten für Heilmittel nicht in voller Höhe?

Die Versicherungsgesellschaften arbeiten primär gewinnorientiert, schließlich wollen die Aktionäre der Gesellschaft zufriedengestellt werden. Der Kunde ist König - solange er die Leistungen seiner Versicherungspolice so wenig wie möglich oder überhaupt nicht in Anspruch nimmt.

Da anerkanntermaßen auch bei den privaten Krankenversicherern die Notwendigkeit zum Sparen gegeben ist, versuchen diese das natürlich immer dort, wo keine eindeutigen vertraglichen Anspruchsgrundlagen für ihre Versicherten vorhanden sind. Dieses ist z. B. im Bereich der Heilberufe mangels verbindlicher Tarifsätze der Fall.

Natürlich vergessen auch einige Privatversicherte, dass sie u. U. in jungen Jahren aus Kostengründen eine Police ohne vollständigen Erstattungsanspruch abgeschlossen haben. Dies trifft besonders bei beihilfeberechtigten Patienten zu. Im Krankheitsfall könnte sich diese vermeintliche Einsparung jedoch schnell ins Gegenteil verkehren.

Von einzelnen Versicherungen wird gern die Bereitschaft signalisiert, Rechnungen bis zur Höhe des ortsüblichen Satzes voll zu übernehmen. Im gleichen Atemzug präsentieren diese Gesellschaften ihren Kunden den Beihilfe-Satz als ortsüblich. Dabei bleiben sie jedoch den Nachweis schuldig, wie sie diese "Ortsüblichkeit" ermittelt haben wollen. Tatsächlich liegt der durchschnittliche Honorarsatz für die Region unserer Praxis, etwa beim 2,3-fachen VdEK-Satz. Das Argument der Versicherungsgesellschaft, dass die Beihilfe-Sätze (diese entsprechen etwa dem 1,3-fachen VdEK-Satz) für unsere Region als ortsüblich zu betrachten sind, ist daher bei näherer Betrachtung nicht stichhaltig und auch juristisch nicht haltbar.

### Gibt es Gesellschaften, die die Behandlungssätze unserer Praxis akzeptieren?

Es gibt eine ganze Reihe von Versicherungsgesellschaften, die unsere Behandlungssätze in voller Höhe ihren Kunden erstatten. Tatsächlich sind die Fälle, in denen die Behandlungssätze von Seiten der Versicherungsgesellschaft als "überhöht" bezeichnet wurden bislang in der Minderheit. Dies kann sich u. U. mit Zunahme der Kostenexplosion im Gesundheitswesen noch verschärfen. Umso wichtiger ist es hier gegen zu steuern. Wehren Sie sich als Kunde und Patient, wenn Ihnen Ihre Gesellschaft eine Erstattung in vollem Umfang verweigert, obwohl in Ihrem Versicherungsvertrag eine 100 %-ige Übernahme der Heilmittelkosten vereinbart wurde. Es ist letztendlich Ihr gutes Recht auf eine Erfüllung dieser Vertragsbedingungen zu bestehen.

### Beihilfe oder Nicht-Beihilfe: Gibt es unterschiedliche Privatpatienten?

Im Prinzip nein. Es wird in der Praxis jedoch oft zwischen freiwillig privat versicherten Patienten und privat versicherten Angehörigen des öffentlichen Dienstes differenziert. Letztere haben einerseits Anspruch auf Leistungserstattung durch eine Beihilfestelle und andererseits die Möglichkeit, mittels einer zusätzlichen Privatversicherung das Risiko erhöhter Eigenanteile an ihren Gesundheitsaufwendungen abzudecken. Die von der Beihilfestelle erstatteten Beträge stellen also nur einen Teilbetrag der Summe dar, welcher Privatpatienten des öffentlichen Dienstes erstattet wird. Beamte ohne jegliche Zusatzversicherung müssen demnach mit nicht unerheblichen Eigenanteilen an ihren Behandlungskosten rechnen, wenn ihr Therapeut nicht zu einem Verzicht auf einen großen Teil des ihm zustehenden Honorars bereit sein sollte. Man unterstellt jedoch, dass diejenigen Beamten, welche keine zusätzliche Privatversicherung abgeschlossen haben, Rücklagen für entsprechende Fälle gebildet haben, da sie über mögliche Risiken ihrer Unterversicherung informiert sein dürften.

Das Risiko einer derartigen Eigenbeteiligung trägt der freiwillig privat versicherte Patient nicht, sofern er nicht bewusst eine Police mit sehr hoher Eigenbeteiligung abgeschlossen hat. Da ihm, im Vergleich zu einem Beamten mit vergleichbarem Einkommen, erheblich höhere Versicherungsbeiträge berechnet werden, darf er erforderlichenfalls auf eine volle Kostenerstattung für seine diesbezüglichen Aufwendungen im Rahmen angemessener Honorarforderungen vertrauen.

Wie bereits erwähnt, versuchen einige Versicherungsgesellschaften jedoch, ihren Kunden weiszumachen, dass es sich bei den Beihilfesätzen um rechtsverbindliche Sätze für eine Vollerstattung handeln würde, die uneingeschränkt gleichfalls auf den Kreis ihrer freiwillig privat versicherten Kundschaft anwendbar sei. Gleichzeitig versuchen die gleichen Versicherungsgesellschaften, Beamte zum Abschluss von Versicherungsverträgen zu gewinnen, mit denen diese den Anspruch auf Erstattung jenseits der Beihilfeleistungen erlangen sollen (was im Grunde auch nicht unvernünftig ist). Unter Verweis auf diese Doppelmoral wurden bereits Versicherer gerichtlich in ihre Schranken verwiesen und zur Auszahlung zu Unrecht einbehaltener Erstattungsanteile verurteilt.

- Stimm-, Sprech- & Sprachtherapie
- Therapie bei Schluckstörungen
- Therapie bei Hörstörungen & auditiver Wahrnehmungsschwäche
- Therapie bei Lese-Rechtschreib-Schwäche
- Systemische Beratung & Therapie für Einzelne, Paare & Familien
- Supervision & Coaching
- Stimmbildung für Sing- und Sprechstimme
- Fortbildungen & Seminare



# Logeno®

Logopädie & Systemische Beratung

## Michael Höh

Staatlich anerkannter Logopäde  
Systemischer Therapeut & Supervisor (SG)  
Stimmpädagogie der Lichtenberger® Methode

- Stimm-, Sprech- & Sprachtherapie
- Therapie bei Schluckstörungen
- Therapie bei Hörstörungen & auditiver Wahrnehmungsschwäche
- Therapie bei Lese-Rechtschreib-Schwäche
- Systemische Beratung & Therapie für Einzelne, Paare & Familien
- Supervision & Coaching
- Stimmbildung für Sing- und Sprechstimme
- Fortbildungen & Seminare

[www.Logeno.de](http://www.Logeno.de)

### Wie hoch sind denn die Sätze unserer Praxis?

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen haben wir selbstverständlich einen Preisaushang in unserer Praxis, den Sie jederzeit einsehen können. Verraten möchten wir an dieser Stelle nur, dass wir die Möglichkeit zur Berechnung des 2,3-fachen VdEK-Satzes nicht ausschöpfen. Versicherte des öffentlichen Dienstes müssen in unserer Praxis keine unzumutbaren Eigenbeteiligungen an ihren Behandlungskosten befürchten.

Da unsere Honorarberechnungen nicht nur auf die aktuelle Rechtsprechung basieren und wir zusätzlich sehr hohe Ansprüche an die Qualifikation unserer Mitarbeiter stellen und wir außerdem sehr darauf bedacht sind, diese Qualifikationen durch Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen zu ergänzen, gehen wir davon aus, dass die Krankenversicherungen unserer Patienten unsere Bemühungen begrüßen, die Voraussetzungen für eine möglichst optimale Therapie zu schaffen.

Es sollte schließlich gerade im Interesse der Versicherer sein, dass ihren Kunden jede nur denkbare Therapieoptimierung offensteht, um die Rahmenbedingungen für eine möglichst rasche Wiederherstellung der Gesundheit zu schaffen. Letztlich ist es ja gerade dies, was die Versicherer in ihren vollmundigen Werbeslogans als ihren großen Wettbewerbsvorteil gegenüber der gesetzlichen Pflichtversicherung anpreisen.

Betonen möchten wir an dieser Stelle, dass diese Zeilen keinerlei Werbebotschaft für unsere Praxis darstellen sollen. Wir legen großen Wert auf die Feststellung, dass alle Kolleginnen und Kollegen, mit welchen wir einen freundschaftlichen und kollegialen Umgang pflegen - und dies sind wahrhaftig sehr viele im gesamten Bundesgebiet - nach den gleichen therapeutischen Grundsätzen verfahren, wie wir es uns zu eigen gemacht haben!

Michael Höh und das Team von Logeno®

### Im Folgenden sind einige erhellende Urteile auszugsweise aufgelistet:

Urteile sind im Zusammenhang mit Streitigkeiten zwischen Privatpatienten und zahlungsunwilligen Versicherungsgesellschaften immer wieder gefällt worden. Nachfolgende Auszüge aus Gerichtsurteilen oder deren Aktenzeichen vermitteln Ihnen einen Eindruck, wie die meisten deutschen Gerichte im Streitfall zwischen diesen Versicherern und ihren verärgerten Kunden - unseren Patienten - entschieden haben. In der Regel sollte ein Zweizeiler Ihres Anwaltes an Ihre Versicherungsgesellschaft genügen, diese zur vollen Erstattung zu veranlassen, sofern sich das Ihnen berechnete Behandlungshonorar in einem angemessenen Rahmen bewegt und nicht über den 2,3-fachen VdEK-Satz hinausgeht.

Unabhängig davon, dass sich unser Honorar deutlich unterhalb des 2,3-fachen VdEK-Satzes bewegt, lassen wir es uns auch weiterhin nicht nehmen, unsere Behandlungen mit deutlich höherem Therapieaufwand und längerer Behandlungszeit vorzunehmen, als es dem vertraglich mit den Krankenkassen vereinbarten Standard entspricht. Dem Drängen der Kostenträger - auch der Privatversicherer - nach einer zunehmenden Einschränkung medizinischer Versorgungsleistungen werden wir nicht nachgeben!

#### Bundesgerichtshof, 15.12.03.2003 (AZ: IV ZR 278/03)

Ein deutliches höchstrichterliches Urteil: Eine pauschale Honorarbeschränkung auf eine aus Sicht der Privaten Krankenkasse "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."

#### AG Frankfurt, 15.11.2001 (AZ: 32 C 2428/98 - 84)

Verklagt wurde hier die Deutsche Krankenversicherung (DKV), von der man sagt, sie habe unter allen privaten Krankenversicherungen die schlechteste Zahlungsmoral. Es folgt ein kurzer Auszug aus der Urteilsbegründung. "...Soweit die Beklagte [die DKV] meint, sie schulde nur das, was die Kassen der gesetzlich 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 Privatversicherten 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 ..."

#### OLG Karlsruhe, 06.12.95 (AZ: 13 U 281/93)

Verklagt wurde hier die Central Krankenversicherung "...für solche Personen (Krankengymnastinnen) findet die GOÄ keine Anwendung; das folgt aus dem klaren Wortlaut von § 1 Abs. 1 GOÄ ...". "... Dem Sachverständigen ist darin zu folgen, dass das ortsübliche Entgelt für Privatpatienten auf den 2,3-fachen Satz, verglichen mit einer Leistung im Rahmen einer kassenärztlichen Behandlung, anzusetzen ist. Der unterschiedliche Berechnungssatz ist im Gesundheitswesen üblich und beruht auf einer grundverschiedenen Tarif- und Leistungsstruktur in der Privat- und gesetzlichen Krankenversicherung. Das medizinisch notwendige Maß i. S. von § 5 Abs. 2 MBKK bestimmt sich für den Kläger daher danach, welches Entgelt er in seiner Situation als Privatpatient für die in Frage kommende Leistung aufbringen muss ..."

#### AG Wiesbaden, 08.06.98 (AZ: 93 C 4624/97 -20-)

"... Das Gericht hält auch die Sätze, die nach den Beihilfevorschriften als erstattungsfähig angesehen werden, für nicht maßgebend. Es ist allgemein bekannt, dass zum Zwecke der Kosteneinsparung, auch bei ärztlichen Leistungen und Verordnungen von den Beihilfestellen teilweise Festbeträge angesetzt werden, die zum Teil unter den Sätzen liegen, die von den privaten Krankenkassen erstattet werden. Die privaten Krankenkassen bieten deshalb auch Ergänzungstarife für Beihilfeberechtigte an. Denn die geringeren Sätze der Beihilfe führen nicht dazu, dass der Privatpatient nur diese gegenüber seinem Arzt oder ähnlichen Behandler zahlen müsste ..."

#### AG Frankfurt, 17.09.99 (AZ: 301 C 7572/97)

"...Auch eine Heranziehung der Beihilferichtlinien scheidet aus, da sie nicht die Wiedergabe der in der Praxis üblichen Vergütungssätze für die Behandlung von Privatpatienten sind. Da der beihilfeberechtigte Patient gegenüber dem Arzt bzw. dem Krankengymnasten als Privatpatient auftritt, scheint es auch ausgeschlossen zu sein, dass sich der Leistungserbringer bei der Festlegung seiner Vergütung an den Beihilfesätzen orientiert..."

#### LG II, München, 14.04.99

"..., dass die von der Beklagten zugrunde gelegten bundesweit geltenden Beihilfesätze jedenfalls nicht geeignet sind, einen im Einzelfall zutreffenden Maßstab für einen örtlich üblichen Preis zu bilden ..."

**Weitere Urteile:** AG Aachen, 06.07.87 (AZ: 7C 83/87), AG Dortmund, (AZ: 126 C 566/89), AG Frankfurt, 09.01.95 (AZ: 29 C 1438/94-46), AG Frankfurt, (AZ: 29 C 2784/94-81), AG Hamburg, (AZ: 11 C 14/94), AG Kempen, 20.07.93 (AZ: 11 C 365/92), AG Recklinghausen, (AZ: C 569/91), AG Schweinfurt, 30.05.95 (AZ: 3 C 1494/94), AG Wiesbaden, 12.05.87 (AZ: 37 Cf 87/86)

Für weitere Urteile, die Sie ggf. diesem Artikel zur Verfügung stellen könnten, wäre ich auch im Namen vieler betroffener Patienten, Kolleginnen und Kollegen sehr dankbar.