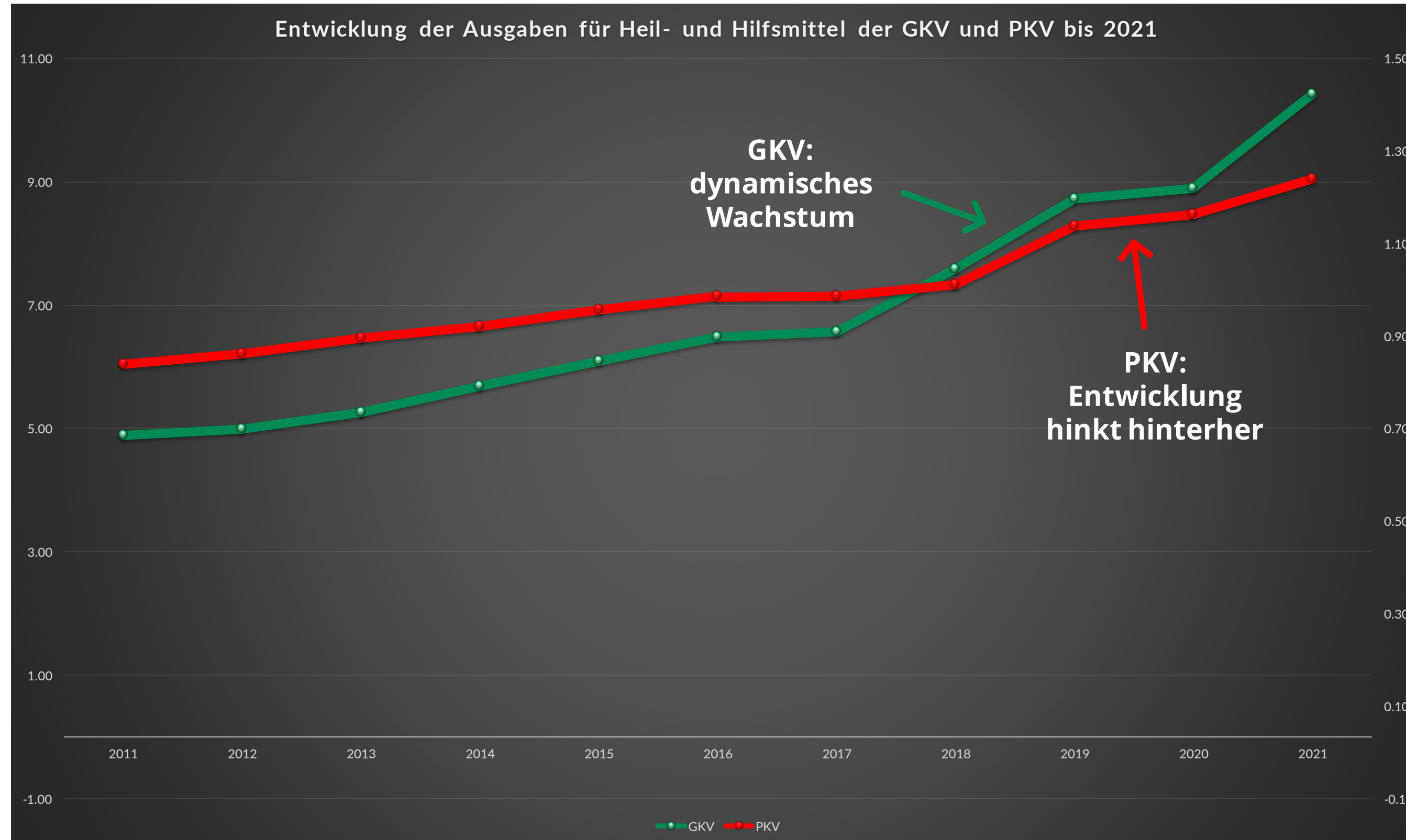


Privatpreise erhöhen und durchsetzen

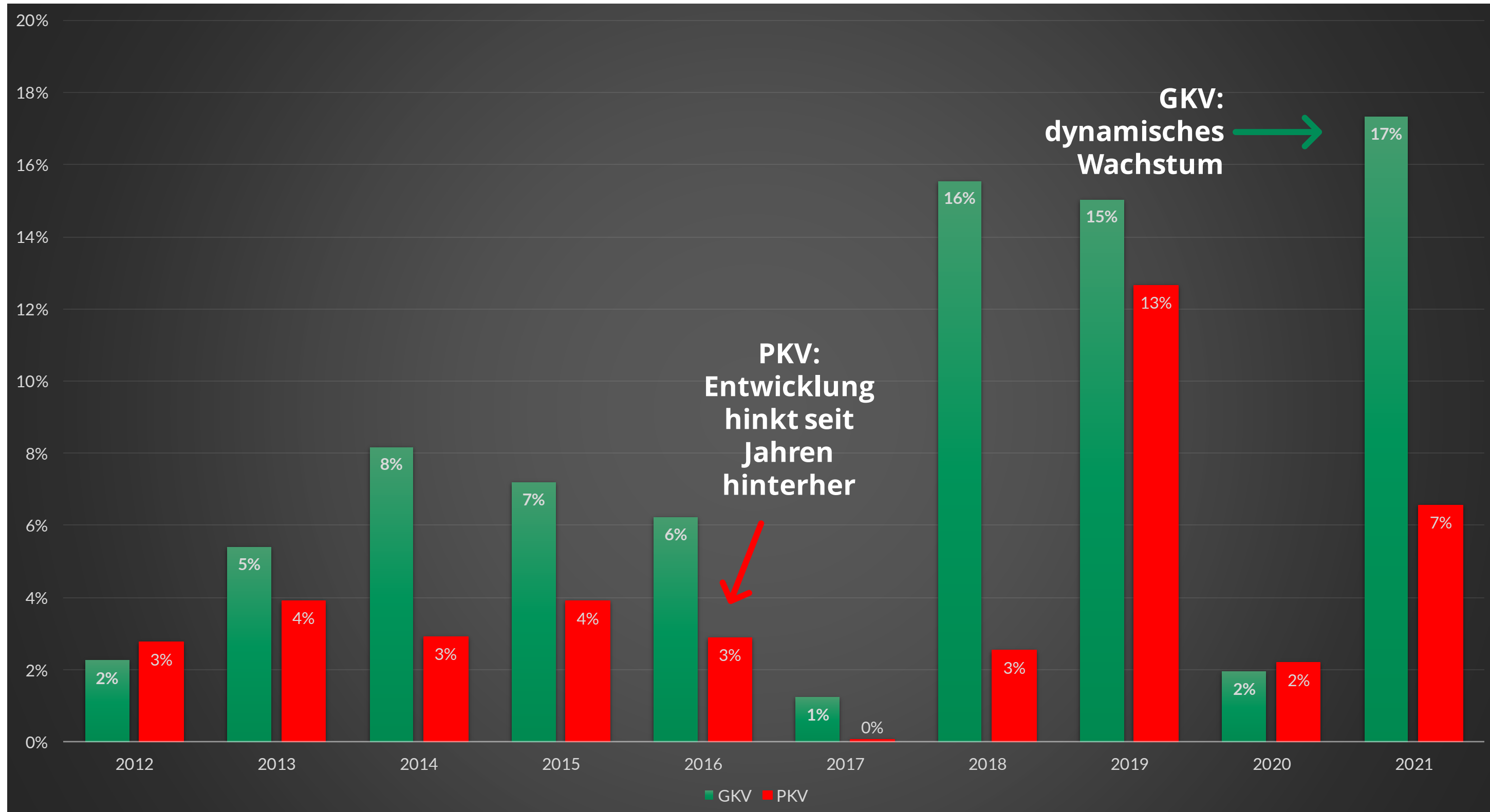
5 bewährte Konzepte,
wie Du Privatpatienten
überzeugst, die geforderten
Honorare zu bezahlen



PKV-Honorare bleiben deutlich zurück



PKV hinkt seit einem Jahrzehnt hinterher



Notwendige Konzepte, um Privatpreise durchzusetzen

- **Grundlagen im Griff:** rechtliche Grundlagen zu Privatpreisen und die notwendige Kalkulation der Selbstkosten
- **Rahmenbedingungen kennen:** endlich verstehen, wie die PKV funktioniert und was es mit der Beihilfe auf sich hat
- **Preisstrategien verstehen:** tolle und differenzierte Leistungsangebote für Privatpatient:innen anbieten
- **Verbindlichkeit schaffen:** mit Preislisten arbeiten, allgemeine Geschäftsbedingungen für die Praxis etablieren
- **Geldeingang sicherstellen:** Behandlungen in Rechnung stellen und für einen reibungslosen Zahlungsfluss sorgen
- **Patienten unterstützen:** Patientinnen und Patienten bei der Erstattung helfen und professionell mit ihnen kommunizieren

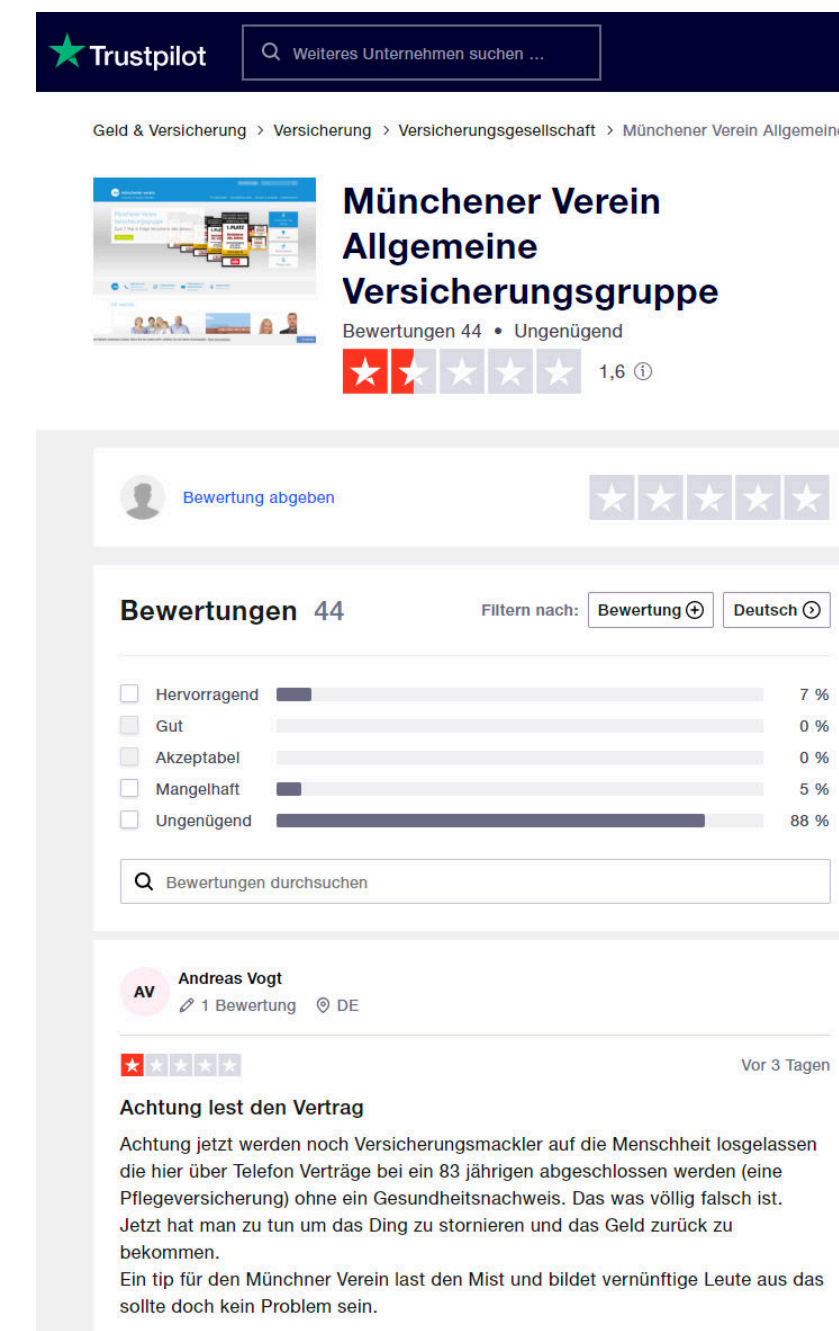
Warum entwickelt sich das PKV-Honorar nicht marktkonform?



Weil einige private Krankenversicherungen ihre Versicherten beim Thema Heilmittel belügen!

Beispiel: PKV „Münchener Verein“ (mv) belügt einen Versicherten

- Die Krankenversicherung Münchener Verein (mv) hat ihrem Versicherten Hans P. aus München in einem Brief dargelegt, warum sie das mit einem Physiotherapeuten vereinbarte Honorar nicht vollständig erstatten will.
- Neun Punkte finden sich in diesem Brief, die entweder dreiste Lügen oder wenig elegante Verdrehungen der Wahrheit sind.



Trustpilot

Geld & Versicherung > Versicherung > Versicherungsgesellschaft > Münchener Verein Allgemeine V

Münchener Verein Allgemeine Versicherungsgruppe
Bewertungen 44 • Ungenügend
1,6

Bewertung abgeben

Bewertungen 44 Filtern nach: Bewertung Deutsch

<input type="checkbox"/> Hervorragend	7 %
<input type="checkbox"/> Gut	0 %
<input type="checkbox"/> Akzeptabel	0 %
<input type="checkbox"/> Mangelhaft	5 %
<input type="checkbox"/> Ungenügend	88 %

Bewertungen durchsuchen

AV Andreas Vogt
1 Bewertung DE

Vor 3 Tagen

Achtung lest den Vertrag

Achtung jetzt werden noch Versicherungsmackler auf die Menschheit losgelassen die hier über Telefon Verträge bei ein 83 jährigen abgeschlossen werden (eine Pflegeversicherung) ohne ein Gesundheitsnachweis. Das was völlig falsch ist. Jetzt hat man zu tun um das Ding zu stornieren und das Geld zurück zu bekommen.

Ein tip für den Münchner Verein last den Mist und bildet vernünftige Leute aus das sollte doch kein Problem sein.

Lüge 1: „Der Behandler ist in seiner Preisgestaltung nicht frei.“

Das **wissenschaftliche Institut des Verbandes der privaten Krankenversicherungen** (PKV) hat schon 2014 in einem Gutachten festgestellt:

„In Bezug auf die Vergütung von Heilmitteln gibt es in der PKV – im Gegensatz zur GKV – keine vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern und auch keine amtliche Gebührenordnung. Bei Privatpatienten verhandeln Therapeuten die Preise ihrer Leistungen frei mit dem Patienten.“

Richtig ist:

Therapeuten dürfen und müssen ihre Privatpreise frei mit Patienten verhandeln! ✓

Das BGB fordert einen Behandlungsvertrag und die wirtschaftliche Aufklärung der Patientinnen und Patienten.

Hintergrund: § 630a BGB

§ 630a

Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

(1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

(2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

Rahmen setzen gegen falsche Infos (1)

Das kannst Du machen

- immer schriftlicher Behandlungsvertrag
- gutes Erwartungsmanagement:
 - Die Beihilfe wird vermutlich 60 bis 75 % der Behandlungskosten erstatten ...
 - Infos dazu in der GebüTh nachschlagen
- Zahlungsziel vor der ersten Behandlung klären
- Alle unangenehmen Botschaften sollten vor der ersten Behandlung kommuniziert werden!



Lüge 2: „... die Höhe der Vergütung von Physiotherapeuten“ ergibt sich „aus § 612 Abs. 2 BGB“ ...“

Der § 612 Abs. 2 BGB legt nur dann die „übliche Vergütung“ als maßgeblich fest, wenn ...

- es keine Taxe (amtliche Gebührenordnung) gibt und
- kein Preis zwischen Praxis und Patientin/Patient vereinbart wurde.

Wenn ein Preis zwischen Praxis und Patientin/Patient vereinbart wurde, dann gilt diese Vereinbarung.

Richtig ist:

Therapeuten vereinbaren ihren Preis bzw. ihr Honorar schriftlich mit dem Patienten!

Das ist so vorgesehen in § 630a BGB – vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

Rahmen setzen gegen falsche Infos (2)

Das kannst Du machen

- nochmal: Immer einen Behandlungsvertrag schriftlich vereinbaren!
- klären: Die Behandlung, die Du mit der Patientin/dem Patienten hier machst, ist nicht üblich, auch nicht GKV-üblich, sondern speziell für diese eine besondere Person konzipiert.
- Deswegen macht ein „üblicher Preis“ auch keinen Sinn.



Lüge 3: „In der Rechtsprechung ist ... nicht abschließend geklärt, auf welche Vergleichsbasis hierbei abgestellt werden soll ...“

Damit spielt der mv auf die fehlende höchstrichterliche Klärung an, ob und in welcher Höhe die übliche Vergütung anzuwenden ist. Das hatte 2010 auch schon Dr. Sybille Kessal-Wulf, damalige Richterin am Bundesgerichtshof, bemängelt.

In einem Fachaufsatz vermutete sie, dass die PKVen immer dann, wenn eine Grundsatzentscheidung zu ihren Ungunsten anstehen würde, schnell den strittigen Betrag erstatten. Dadurch kommt es zu keinem Verfahren – und die Versicherungen können weiter behaupten, es gebe keine eindeutige Rechtslage.

Richtig ist:

Die PKV verhindert eine abschließende Klärung darüber, ob und in welcher Höhe die üblichen Vergütungen anzuwenden sind! ✓

Lüge 4: „Die Rechtsprechung legt die bundeseinheitlichen Beihilfesätze als Maßstab zugrunde“

Die Rechtsprechung hat viele verschiedene, z. T. sich widersprechende Urteile gefällt. Die „bundeseinheitlichen Beihilfesätze“ als Maßstab zu nutzen, kann jedoch nicht funktionieren, denn ...

- es gibt keine bundeseinheitlichen Beihilfesätze, sondern unterschiedliche Sätze des Bundes und der verschiedenen Landesbeihilfeordnungen.
- die Beihilfe ist eine interne Verwaltungsangelegenheit zwischen Beamten und Dienstherren (Staat).

Richtig ist:

Beihilfesätze haben für Therapeuten keinerlei Rechtswirkung! ✓

Das erläutert z. B. das Bundesinnenministerium seinen Beamtinnen und Beamten im Internet.

Hintergrund: Verbindlichkeit Beihilfe



Bundesverwaltungsamt
– Dienstleistungszentrum –



3. Gibt es Besonderheiten?

Da für Heilmittel festgelegte beihilfefähige Höchstbeträge gelten, kommt es zu keinem Abzug von Eigenbehalten. Die beihilfefähigen Höchstbeträge sind für die Beihilfestelle bindend, nicht jedoch für die Heilbehandlerinnen und Heilbehandler. Es wird daher empfohlen, vor der Behandlung nach den Preisen zu fragen bzw. auch Preise zu vergleichen, um die eigene Belastung möglichst gering zu halten.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind auch Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) sowie ein medizinisches Aufbautraining (MAT) beihilfefähig. Hierfür stehen gesonderte Merkblätter zur Verfügung.

Rahmen setzen gegen falsche Infos (3+4)

Das kannst Du machen

- kleine Infomappe für die lästigen Beihilfeberechtigten erstellen mit Links zur entsprechenden Seite des Bundesministers für Inneres
- Patientenbroschüre für Beihilfepatientinnen und -patienten bereitlegen



Lüge 5: „Die Beihilfesätze werden regelmäßig zwischen dem Bundesminister des Inneren (BMI) und den Dachverbänden der Physiotherapeuten vereinbart“

Das BMI hat inzwischen wiederholt bestätigt, dass es keine Vereinbarungen zwischen Staat und Verbänden gibt:

„Vor diesem Hintergrund gibt es keine Vereinbarung zwischen dem Bundesministerium des Inneren und den Verbänden der Physiotherapeuten und Krankengymnasten.“

Das bestätigten auch Physio Deutschland und der VPT.

Richtig ist:

Beihilfesätze dienen ausschließlich zur internen Begrenzung der Erstattung für Heilmittelhonorare!



Lüge 6: Die Beihilfesätze stellen die durchschnittlichen, also marktüblichen Preise dar

Wären die Beihilfesätze marktübliche Preise, dann müssten Beamtinnen und Beamte nichts dazu bezahlen. Sie zahlen aber regelmäßig dazu. Deswegen erläuterte das Bundesministerium des Inneren schon vor Jahren:

„Die Differenz zwischen dem tatsächlich von den Heilbehandlern in Rechnung gestellten Betrag und dem beihilfefähigen Höchstbetrag muss von den Beihilfeberechtigten selber getragen werden.“

Richtig ist:

Die Beihilfesätze sind keine marktüblichen Preise für Heilmitteltherapie! ✓

Das lässt sich schon dadurch ausrechnen, dass die Beihilfeberechtigten weniger als 30 % der PKV-Krankenvollversicherten ausmachen.

Rahmen setzen gegen falsche Infos (5+6)

Das kannst Du machen

- Marktübliche Preise (s. o.) wären nur dann sinnvoll, wenn es vergleichbare Leistungen gäbe.
- Deswegen unbedingt sinnvolle eigene Leistungen definieren und nicht auf GKV-Leistungen referenzieren
- und die richtigen Argumente herausarbeiten, welche Unterschiede es gibt:
 - Ausbildung
 - Spezialisten
 - jahrelange Erfahrungen
 - jahrelange Erfahrungen mit bestimmten Indikationen



Lüge 7: Es gibt keinen Erstattungsanspruch der PKV-Versicherten für „überhöhte Abrechnungen“

Der Bundesgerichtshof stellte schon 2003 fest:

„Das Kürzungsrecht des Versicherers bei sog. Übermaßbehandlungen [...] erstreckt sich nicht auch auf Übermaßvergütungen.“

Privatpatientinnen und -patienten sind also keineswegs gezwungen, die billigste Leistung zu suchen, sondern dürfen sich im Rahmen ihrer Tarifbedingungen frei entscheiden.

Richtig ist:

Privatpatienten dürfen auch teurere Leistungen in Anspruch nehmen!



Der Erstattungsanspruch scheitert nicht an der Höhe des Preises.

Lüge 8: Für Honorare, die „wesentlich“ höher sind als die Beihilfe, besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber Patienten

Beim Abschluss des Behandlungsvertrags zwischen Praxis und Patient ist die Praxis zur wirtschaftlichen Aufklärung verpflichtet:

„... Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist ..., muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren ...“ § 630c BGB

Richtig ist:

Vereinbarte Honorare muss der Patient bezahlen, wenn der Therapeut über mögliche Erstattungsprobleme aufgeklärt hat!



Wirtschaftliche Aufklärungspflicht

Hintergrund: § 630c BGB

§ 630c

Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

(1) Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.

(3) ¹ Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. ² Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

(4) Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

Lüge 9: Heilmittelleistungen sind identisch

Richtig ist:

Heilmitteltherapie unterscheidet sich ganz wesentlich, z. B. in ... ✓

- der Dauer/Behandlungszeit
- der Therapieart
- der Fähigkeit der Therapeutin/des Therapeuten
- der Ausbildung der Therapeutin/des Therapeuten
- der Erfahrung der Therapeutin/des Therapeuten
- dem Krankheitsbild
- der Compliance der Patientin/des Patienten etc.

X1201 Manuelle Therapie

Regelbehandlungszeit:

- Richtwert: 15 bis 25 Minuten.

Nummer	Leistungen im Bereich KRANKENGYMNASTIK, BEWEGUNGSÜBUNGEN
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (1 bis 5 Personen) – einseitig
11	Manuelle Therapie, Richtwert 30 Minuten

Status Quo: **Es gibt keine staatliche Gebührenordnung für Heilmittel**

- ☐☐ Für die Erbringung von Heilmitteln durch Angehörige der Gesundheits- und Medizinalfachberufe gibt es keine amtliche Gebührenordnung.“ (BMI)
- ☐☐ Die beihilfefähigen Höchstsätze der Bundesbeihilfeverordnung haben keine Bindungswirkung für das Vertragsverhältnis zwischen Leistungserbringern und deren Patienten.“ (BMI)

Rahmen setzen gegen falsche Infos (9)

Das kannst Du machen

- weg von der Einzelleistung
- hin zum gesamten Therapieplan
- Ihr wollt keine Minutenpreise diskutieren, sondern überlegen, wie viel Aufwand/Zeit der Behandlungsfall braucht.



Mache mit: In 6 Schritten zu durchsetzbaren Privatpreisen

- **Grundlagen im Griff:** rechtliche Grundlagen zu Privatpreisen und die notwendige Kalkulation der Selbstkosten
- **Rahmenbedingungen kennen:** endlich verstehen, wie die PKV funktioniert und was es mit der Beihilfe auf sich hat
- **Preisstrategien verstehen:** tolle und differenzierte Leistungsangebote für Privatpatient:innen anbieten
- **Verbindlichkeit schaffen:** mit Preislisten arbeiten, allgemeine Geschäftsbedingungen für die Praxis etablieren
- **Geldeingang sicherstellen:** Behandlungen in Rechnung stellen und für einen reibungslosen Zahlungsfluss sorgen
- **Patienten unterstützen:** Patientinnen und Patienten bei der Erstattung helfen und professionell mit ihnen kommunizieren

Für Leute, die mehr wollen, gibt es zwei Formate:

- „Privatpreise ohne Diskussion“: 1 Tag geballter Input live in Präsenz oder online
- „Masterclass Privatpreise“: Input und Umsetzungscoaching über einen Zeitraum von 14 Wochen

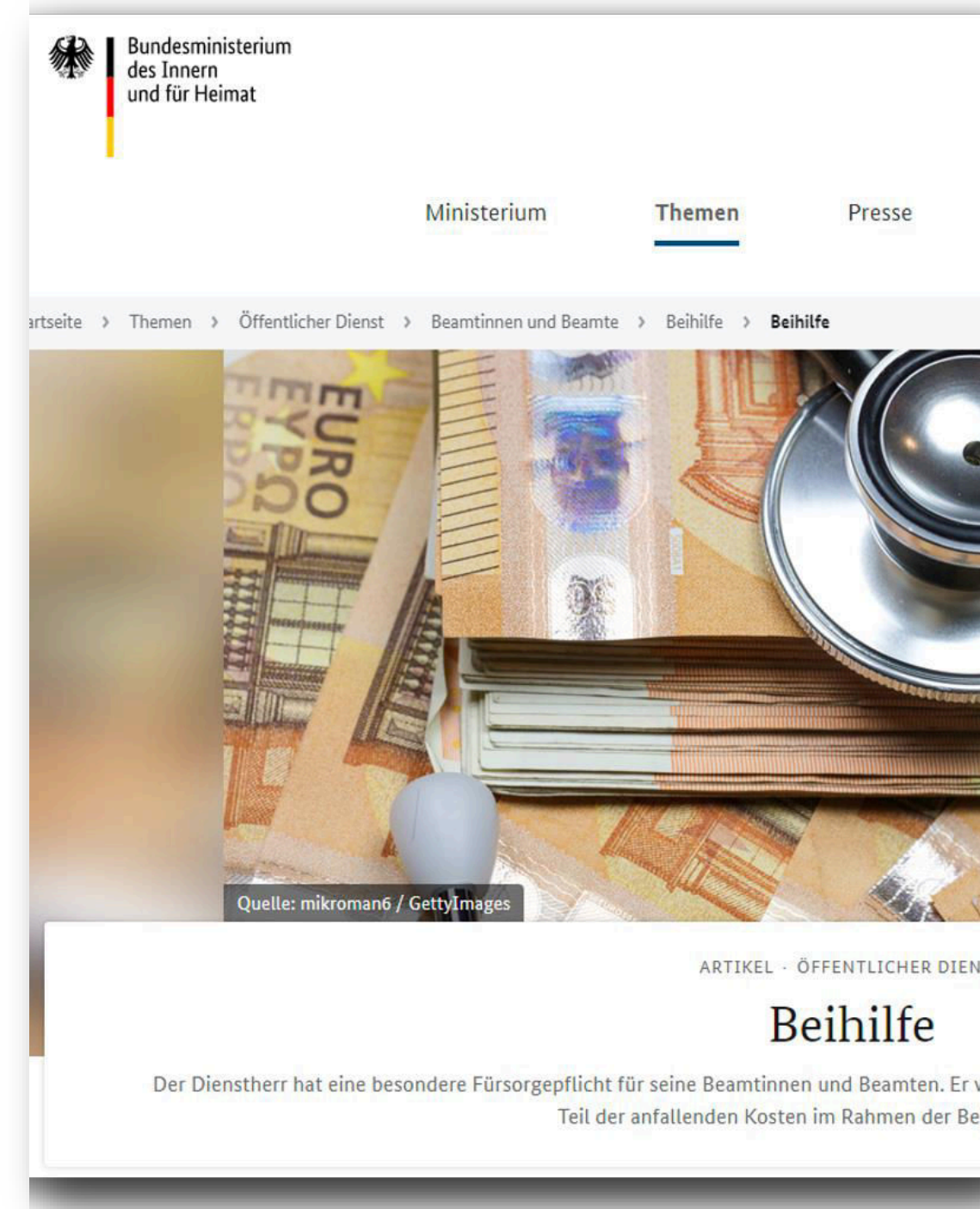
Privatpreise: Grundlagen im Griff

- Was ist Deine Therapie wert?
- Was kostet es Dich, eine Stunde (oder Minute) Therapieleistung bereitzustellen?
- Wie berechnest Du die Selbstkosten für eine Therapieeinheit?
- Wie hoch sind die Kosten je produktive Arbeitsstunde?
- Welche Rolle spielt der kalkulatorische Unternehmerlohn bei der Kalkulation der Selbstkosten?

	A	B	C
1	2. Gesamtkosten ermitteln		
2	Eingabefelder sind gelb!		
3			
4	Nr.		
5	D Kostenarten (Jahreswerte)		
6	D1	Kalkulatorischer Unternehmerlohn	53.926,44 €
7	D2	Personalkosten (inkl. NK) für Therapiemitarbeiter	448.050,00 €
8	D3	Sonstige Personalkosten inkl. Nebenkosten	73.800,00 €
9	D4	Raumkosten	79.515 €
10	D5	Versicherungen, Beiträge	5.400,00 €
11	D6	Kraftfahrzeugkosten	13.000,00 €
12	D7	Werbe- und Reisekosten	14.500,00 €
13	D8	Reparaturen, Instandhaltung, AfA für Erstrenovierung	1.958,50 €
14	D9	Leasinggebühren	3.200,00 €
15	D10	Telefon, Fax, Internet, Kommunikation	3.150,00 €
16	D11	Büro- und Praxisbedarf	5.000,00 €
17	D12	Rechts- und Beratungskosten	8.500,00 €
18	D13	Fortbildungskosten	12.500,00 €
19	D14	Sonstige Aufwendungen	15.000,00 €
20	D15	Betriebliche Steuern	- €
21	D16	Abschreibungen (inkl. GWG)	15.958,47 €
22	D17	Summe Kosten	753.458,41 €
23			

Privatpreise: Rahmenbedingungen kennen

- Zahlen Privatpatienten mehr?
- Wie ist der Mengenrabatt an die GKV zu bewerten?
- Taugen die GKV-Preise als Maßstab für Privatleistungen?
- Wo ist geregelt, welche Therapie wie lange dauert?
- Wo ist geregelt, welche Leistungsinhalte eine Therapie hat?
- Es gibt einen Zusammenhang zwischen Preis und Leistung.
- das Beihilfedilemma
- Beihilfe-Fixpreise sind als amtliche Preisliste ungeeignet.



Privatpreise: Preisstrategien verstehen

- Was ist eine Preisstrategie?
- Fragen zur Preisfindung für Privatversicherte in der Heilmitteltherapie
- Exkurse:
 - Gerechtigkeitsdilemma
 - Abneigung gegen Verluste
 - Preiselastizität
- Preismodelle
- Preis als Verstärkung der Wirkung
- Leistungsmix und Umfang der Therapie
- Betrachtung der Leistung vorher/nachher

„Bei Privatpatienten kannst Du Dein eigenes Therapiekonzept so umsetzen, wie es für den Patienten am besten ist.“

Privatpreise: Verbindlichkeit schaffen

- Preislisten verstehen und anwenden
- GebüTh als allgemeine Geschäftsbedingungen einführen
- Argumentationshilfen für konkrete Situationen
- Preisuntergrenzen für Beihilfepatienten festlegen

Allgemeine Grundsätze der Honorarberechnung in Therapiepraxen nach GebüTh (AGB)

§ 1 Anwendungsbereich / Grundlage

(1) Die Vergütungen für berufliche Leistungen der Heilmittelbringer sind nicht durch Gesetze oder Verordnungen in Deutschland bundeseinheitlich geregelt. Diese Gebührenübersicht (GebüTh) regelt die Abrechnung dieser Leistungen, soweit nicht abweichende Vereinbarungen etwas anderes bestimmen. Die GebüTh in der vom Leistungserbringer verwendeten Fassung ist Grundlage und Bestandteil der Honorarvereinbarung.

(2) Vereinbarungen zwischen dem Patienten und seiner Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle sind der Praxis in der Regel nicht bekannt. Daher sind die unterschiedlichen Tarife der privaten Krankenversicherungen bzw. Bundes- und/oder Landesbehörden für Beamte und deren Familienangehörige für die Preisbildung im Rahmen der GebüTh nicht relevant und gelten ausdrücklich nicht als „abweichende Vereinbarung“ im Sinne von Absatz 1.

(3) Heilmittelbringer sind freiberufliche oder angestellte Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sömme-, Sprech- und Sprachlehrer sowie Podologen mit einer staatlichen Anerkennung gemäß dem jeweiligen Berufsgesetz.

(4) Die in dieser Gebührenübersicht festgelegten Vergütungen stellen eine Übersicht der in der Bundesrepublik Deutschland von Heilmittelbringern abgerechneten üblichen Vergütungen dar und werden regelmäßig aktualisiert.

(5) Diese Regelungen geben unter der Überschrift „Allgemeine Grundsätze der Honorarberechnung in Therapiepraxen nach GebüTh (AGB)“ als Allgemeine Geschäftsbedingungen der Praxis im Sinne des § 305 BGB und sind in der jeweils aktuellen Version im Internet unter www.privatpreise.de veröffentlicht.

(6) Vergütungen darf der Heilmittelbringer nur für Leistungen berechnen, die im Rahmen der berufrechtlichen Regelungen erbracht werden und nach den Regeln der Heilkunde für eine medizinisch notwendige Heilmittelversorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß der notwendigen Heilmittelversorgung hinausgehen, darf er immer dann berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

§ 2 Vereinbarung der Vergütungshöhe

(1) Verträge zwischen Praxis und Patient werden immer schriftlich vereinbart. Jeder Vertragspartner erhält eine Ausfertigung des unterschriebenen Vertrags.

(2) In den Verträgen sind die Namen der Vertragspartner, die Leistung (Therapieart gem. Leistungsübersicht, evtl. Anzahl, evtl. die Zusatzqualifikation, evtl. Dauer), die Höhe der vereinbarten Vergütung je Einzelleistung, sowie die Fähigkeit der Vergütung zu dokumentieren.

(3) Ist die Fähigkeit der Vergütung nicht ausdrücklich benannt, so ist die Vergütung stets nach Erbringung der Einzelleistung, jedoch spätestens zum Rechnungsdatum fällig.

(4) Die Gültigkeitslaufzeit von Verträgen zwischen Praxis und Patient wird nur dann durch die der Heilmitteltherapie zugrundeliegende ärztliche Verordnung zeitlich begrenzt, wenn dies ausdrücklich im Vertrag vereinbart wurde. Eine Therapiepause von mehr als 12 Wochen beendet die Gültigkeitslaufzeit des geschlossenen Vertrages.

(5) Der schriftliche Vertrag zwischen Praxis und Patient sollte immer auch den Hinweis enthalten, dass die Honorarvereinbarung unabhängig von der Erstattungspraxis der Kostenträger gilt.

§ 3 Gebühr / Vergütung / Honorar

(1) Gebühren sind Vergütungen bzw. Honorare für die in der GebüTh, insbesondere im Abschnitt Leistungsübersicht, genannten Heilmittel.

(2) Der Heilmittelbringer kann Gebühren sowohl für selbstständig erbrachte Heilmittelbehandlungen berechnen, als auch für Leistungen, die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden. Als eigene Leistungen gelten auch jene Leistungen, die von angestellten oder freiberuflichen Fachkräften gem. § 1 (2) in bzw. im Namen und Rechnung der Praxis des Heilmittelbringers erbracht werden.

(3) Leistungen in diesem Verzeichnis, die über die Anforderungen hinausgehen, die durch die staatliche Anerkennung im jeweiligen Berufsbitis erfüllt werden, sind als Zertifikatsleistungen markiert. Solche Zertifikatsleistungen können vom Heilmittelbringer nur abgerechnet werden, wenn er oder eine der seiner Weisung unterstellten Fachkräfte die Berechtigung zur Führung des Zertifikats haben und die Behandlung von dem Inhaber des Zertifikats durchgeführt wurde. Von dieser Regel kann nur ausnahmsweise, kurzfristig und aus medizinischen Gründen abgewichen werden, wenn z. B. aufgrund von Krankheit des Behandelers aus medizinischen Gründen eine Fortsetzung der Therapie trotzdem sinnvoll und erforderlich ist.

(4) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für allgemeinen Praxisbedarf, sowie die Kosten für Geräte und Material abgegolten, soweit nicht in der Leistungsbeschreibung etwas anderes geregelt ist.

(5) Kosten, die nach Abs. 4 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden.

§ 4 Bemessung der Gebühren für Leistungen der GebüTh

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich: a. nach dem 1,4- bis 2,3-fachen des in der GebüTh genannten Regelatzes pro Leistungseinheit, Regelatz ist immer der jeweils zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und den Heilmittelverbänden vereinbarte Höchstatz für eine einzelne Leistung (bundeseinheitlicher Höchstatz) oder b. nach der vereinbarten Vergütung pro Behandlungsminute. Die Minutenpreiskorridore sind abhängig vom Fachbereich.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens (1a oder 1b) sind die Gebühren unter Berücksichtigung der notwendigen beruflichen Qualifikation, der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung, der notwendigen Vor- und Nacharbeit sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Auch regionale Aspekte können bei der Festlegung der Höhe der Gebühren eine Rolle spielen.

(3) Ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes bzw. oberen Minutenpreiswertes ist nur üblich, wenn Besonderheiten der in Satz 2 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen oder ein Honorar für einen Behandlungsfall vereinbart wurde. Überschreitungen müssen begründet werden.

(4) Leistungen, die nicht in der GebüTh stehen und nicht nach Minutenpreisen berechnet werden, werden analog (siehe S. 14) abgerechnet.

(5) Werden Leistungen in größerem Umfang erbracht, kann ab einer zuvor bestimmten Anzahl an Behandlungseinheiten ein geringerer Minutenpreis oder ein geringerer Steigerungsfaktor für diesen definierten Behandlungsfall vereinbart werden (Staffelpreis).

§ 5 Entschädigungen - Wegegeld

(1) Als Entschädigungen für Besuche erhält der Therapeut Wegegeld und eine Hausbesuchspauschale; hierdurch sind Zeitsverhältnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

(2) Der Therapeut kann für jeden Besuch eine Hausbesuchspauschale gem. Leistungsübersicht berechnen, die in der Regel mit dem 1,4-fachen des Regelatzes berechnet wird.

(3) Wegegeld kann entweder als Pauschale oder aber als Wegegeld je Kilometer gem. Regelatz der Leistungsübersicht abgerechnet werden.

(4) Werden öffentliche Verkehrsmittel genutzt oder ist eine Übernachtung erforderlich, so erhält der Therapeut anstelle eines Wegegeldes die dafür notwendigen Aufwendungen.

§ 6 Ersatz von Auslagen

(1) Neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden:

a. die Kosten für diejenigen Verbände, Therapiemittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 oder in der Leistungsübersicht nichts anderes bestimmt ist,

b. Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung gem. Leistungsübersicht nicht ausgeschlossen ist.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für allgemeinen Praxisbedarf, Kleinmaterialien, Einzelartikel, sowie Material, das gem. Leistungsübersicht bereits mit den Gebühren abgegolten ist. Für die Versendung der Rechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.

§ 7 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung

(1) Die Fälligkeit der Vergütung richtet sich nach dem Honorarvertrag gem. § 2 bzw. nach der Regelung des § 2 Abs. 3.

(2) Die Rechnung muss in ihrer Form sowohl für den Zahlungspflichtigen/Patienten, als auch für mögliche Kostenträger übersichtlich und nachvollziehbar sein.

(3) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:

a. Vor- und Zuname des Patienten

b. Bezugnahme auf ärztliche Diagnose/Verordnung (wenn relevant)

c. jede Einzelleistung mit Bezeichnung, optional mit der entsprechenden GebüTh-Ziffer und Mindestdauer (wenn essentieller Bestandteil der Leistungsbeschreibung)

d. berechnungsfähige Materialkosten je Einzelleistung

e. jeden Einzelbetrag der entsprechenden Leistung, sowie den Steigerungssatz

f. Hinweis auf Umsatzsteuerbefreiung bei Heilbehandlungen, z. B.: „Der Rechnungsbetrag ist umsatzsteuerfrei gemäß § 4 Nr. 14 UStG.“

(4) Überschreitet eine berechnete Gebühr nach § 4 Abs. (1) das 2,3-fache des Regelatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen/Patienten verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen.

© 2011 by **privatpreise.de** | Telefon: 0800 3399 166 | gebue@privatpreise.de | alle Rechte vorbehalten | Stand 01/2011

Quelle: www.privatpreise.de | Nutzung im Rahmen von Vertragsabrechnung oder -abschluss ist den Kunden der Anbieter & Partner GmbH unter Angabe der Quelle vorbehalten | Änderungen zum Originaltext sind nicht zulässig | Ergebnisse für Marketingzwecke zur Nutzung können technisch erfragt oder in Form von www.privatpreise.de veröffentlicht werden.

Privatpreise: Geldeingang sicherstellen

- Passender Vertrag sichert den Geldeingang.
- unterschiedliche Verträge für unterschiedliche Patienten
- Annahmeverzug
- Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung
- Zahlungsmodalitäten vereinbaren
- Fälligkeiten
- Zahlungsfluss organisieren
- Keine Ausnahmen!



Privatpreise: Patienten unterstützen

- Erstattungsoptimierung verstehen und möglicherweise anwenden
- Höhere Preise brauchen gute und geübte Kommunikation.
- Rote Karte aus dem up-plus-Paket hilft dem Patienten, sich zu wehren.



...und natürlich: Der Service zur Abwehr von gekürzten Rückzahlungen der PKV an ihre Patienten.

Wenn der Patient mit Fragen oder gar ungehalten in die Praxis kommt, können Sie ganz einfach helfen. Sie überreichen ihm die Rote Karte ihrer Praxis. Er bekommt kostenfrei Hilfe von uns und ist zufrieden, weil er den Service direkt mit Ihnen in Verbindung bringt. Ein kleines Servicemodul für Ihre Praxis mit großer Wirkung gegenüber Privatzahlern.

Kürzung prüfen lassen, damit Sie Ihr Geld erhalten.

Unser Service für Patienten von Therapeuten hilft Ihnen dabei, sich gegen gekürzte Rückzahlungen Ihrer Privatversicherung zu wehren.

Jetzt Kürzung prüfen! >

Unrechtmäßige Kürzungen?

Quellen & Urteile

Wehren Sie sich!

Zeigen Sie Ihrer privaten Krankenversicherung die "Rote Karte"!

Ihr Therapeut hilft dabei und wir ersparen Ihnen lange Diskussionen.



Zahlungskürzung einer Privatversicherung einreichen und prüfen lassen!

Ich habe eine
rote Karte gegen Kürzungen
erhalten!



 **Unterlagen kostenfrei einreichen**

PIN-Code von der
roten Karte eingeben.
Dann kostenfrei loslegen.

[Informationen zur roten Karte](#)

Ich habe keine
rote Karte
erhalten!



Kürzung für 79 Euro prüfen lassen

Ganz einfach:
Wir prüfen die Kürzung
Ihrer Privatversicherung.
[So funktioniert die Prüfung](#)

Sie haben eine Frage zur Prüfung?

[Dann nehmen Sie Kontakt auf...](#)



Wir prüfen Kürzungen der PKV Ihrer Patienten:
100% Service für Ihren Patienten und weniger
Zeitbelastung für Sie



Unterlagen
einreichen

Der Patient reicht die gekürzte Rechnung inkl. Schreiben der Versicherung ein.

Um unseren Service kostenfrei zu nutzen, braucht der Patient die rote PIN-Karte, die Sie ihm gegeben haben. Die rote Karten erhalten Sie für Ihre Patienten, wenn Sie up|plus-Kunde bei buchner sind.



Kürzung
prüfen

Unsere Spezialisten und Medizinrechtsanwälte überprüfen die Kürzung der PKV. Wir sagen Ihrem Patienten kostenlos, welche Erfolgsaussichten er hat.

In vielen Fällen ist eine Einforderung der kompletten Leistung möglich. Das schafft glückliche Patienten.



Bezahlung
sicherstellen

Bei den meisten Kürzungen kann der Patient auf Wunsch eine Anleitung bzw. Vorlagen zur "Heilung" bzw. Abwehr der Kürzung erhalten. Damit macht er dann seinen Anspruch gegenüber der Kasse geltend.

Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTh)



Allgemeine Grundsätze der Honorarberechnung in Therapiepraxen nach GebüTh (AGB)

Verbindliche Vereinbarungen zwischen Praxis und Patient sind die Grundlage für eine gute Zusammenarbeit.

Downloads

 [AGB im Format DIN A 5](#)

 [AGB im Format DIN A 4](#)

Nutzungsbedingungen

Die Allgemeinen Grundsätze zur Honorarberechnung in Therapiepraxen nach GebüTh (AGB) können zur Nutzung im Rahmen unserer Nutzungsbedingungen heruntergeladen werden. Die Nutzung der AGB im Rahmen von Vertragsanbahnung oder -abschlüssen mit Patienten in Heilmittelpraxen ist den Kunden der Buchner & Partner GmbH unter Angabe der Quelle und mit Urheberhinweis erlaubt. Änderungen zum Originaltext sind nicht zulässig. Die GebüTh von Buchner steht unter einer **Creative Commons Namensnennung-NichtKommerziell-KeineBearbeitung 3.0 Deutschland Lizenz**.

Über diese Lizenz hinausgehende Erlaubnisse können Sie hier erhalten.

Das Urheberrecht der o.g. AGB liegt bei der:

Buchner & Partner GmbH

Zum Kesselort 53, D-24149 Kiel

fon: 0800 599666

[info\(at\)buchner.de](mailto:info(at)buchner.de)

Eine Nutzung ohne ausdrückliche schriftliche Erlaubnis der Buchner & Partner GmbH ist nicht zulässig.

Alle Rechte vorbehalten.

Praxis trainieren

Masterclass Privatpreise

Privatpreise endlich sicher
erfolgreich durchsetzen

6 Themenmodule & Coachings

**Start der Masterclass 2024
am Freitag, 01. März**

buchner.de/masterclass



Damit Deine Praxis
erfolgreich
voran kommt

Links, Kontakt & Downloads
buchner.de/therapro

