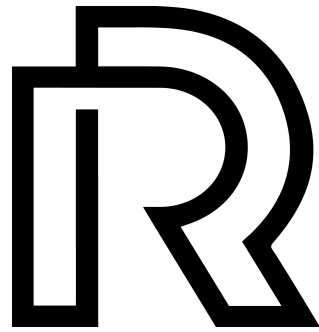




PRIVATPRAXIS
PHYSIOTHERAPIE & OSTEOPATHIE

LIEBE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,

ich möchte mich herzlich bei Ihnen bedanken, daß Sie mir Ihr Vertrauen schenken und sich für meine Praxis entschieden haben, um Sie in Ihrer Genesung und Ihrem Wohlbefinden zu unterstützen. Mein Ziel ist es stets, Ihre Gesundheit zu fördern und Ihre Lebensqualität zu steigern.

Dazu gehört auch, daß ich eine bestmögliche Transparenz an den Tag legen und Sie so umfassend wie möglich aufklären möchte.

In den letzten Jahren sind die bürokratischen und rechtlichen Anforderungen, die mir von den Versicherungen, Krankenkassen und dem Gesetzgeber gestellt werden, stetig gewachsen. Um mich ganz auf Ihre Therapie und Ihr Wohlbefinden konzentrieren zu können, habe ich hier alle relevanten Informationen für Sie zusammengestellt.

Zusätzlich zu den gesetzlich geforderten Informationen finden Sie hier auch Details, die Ihnen einen guten Überblick über meine Praxis und mein Therapieangebot geben.

Wenn Sie Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, mich anzusprechen. Ich stehe Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Herzliche Grüße

Ihre
Rebecca Rentschler

INHALT

Allgemeine Geschäftsbedingungen	4
Datenschutzerklärung	7
Informationen zur Privatliquidation	9
aktuelle Tarifliste	12

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den folgenden Texten auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

I] Allgemeines

1. Anmeldung

Mit der Unterschrift des Behandlungsvertrags der Rebecca Rentschler – Privatpraxis Physiotherapie & Osteopathie (im Folgenden Praxis) werden die AGB der Praxis anerkannt. Diese können jederzeit eingesehen werden.

Die Praxis behält sich Anpassungen und Änderungen der AGB vor. Die nachfolgenden Bedingungen werden mit der Auftragserteilung anerkannt und sind damit gültig.

2. Preise/ Kostenerstattung

Es gelten die Preise entsprechend der jeweils gültigen Tarifliste in Bezug auf Privatrezepte (P), Rezepte sektoraler Heilpraktiker (sHP) bzw. Selbstzahlerleistungen (SZ). Die Preise gelten bis zur Veröffentlichung neuer Preisangaben. Maßgeblich für die Geltendmachung von Zahlungsansprüchen sind die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Preisangaben.

Der/die Patient/-in erhält die Rechnung gemäß der Honorarvereinbarung nach Abschluß der erbrachten Leistung(en) und begleicht diese innerhalb von 14 Tagen. Der/ die Patient/-in wurde darauf hingewiesen, dass seine/ ihre Krankenversicherung die Honorarbeträge möglicherweise nicht oder nicht vollständig erstattet. Die Höhe und der Zeitpunkt einer etwaigen Erstattung durch eine Krankenversicherung ist für das Vertragsverhältnis zwischen Praxis und Patient nicht relevant.

Weitere Hinweise zur Privatliquidation finden Sie im Folgenden.

II] Therapeutische Leistungen

1. Heilmittelverordnung

Physiotherapeuten dürfen in Deutschland therapeutisch nur im Delegationsverfahren tätig sein. Darum dürfen in Deutschland therapeutische Maßnahmen durch nichtärztliche Berufsgruppen (Heilhilfsberufe) ohne eine Verordnung eines Arztes oder Heilpraktikers – unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten – generell nicht durchgeführt werden. D.h. vor Beginn der ersten Behandlung benötigt der Patient - unabhängig von der Frage der Kostenerstattung - eine korrekt ausgestellte Heilmittelverordnung von einem Vertragsarzt oder Privatverordnung von einem Arzt oder Heilpraktiker (auch sektoraler HP für Physiotherapie).

Physiotherapeutische Befunderhebungen und Behandlungen zur Erhaltung des Wohlbefindens bzw. Präventionsmaßnahmen sind auch ohne Verordnung möglich, aber generell nicht erstattungsfähig.

2. Terminvereinbarung

Bei einer Terminabsprache mit der Praxis kommt ein Dienstleistungsvertrag gemäß §611 BGB und ein Behandlungsvertrag nach der jeweils gültigen und aktuellen Fassung der AGB und Preisliste zustande. Terminvereinbarungen können persönlich, per E-Mail oder Telefon vorgenommen werden. Patienten, die einen Termin in der Praxis vereinbaren, sind dazu verpflichtet, Ihre Terminkarten bis zur nächsten stattfindenden Behandlung aufzubewahren. Bei Klärungen von terminlichen Mißverständnissen sind Terminkarten ausschlaggebend.

Ein verspätetes Erscheinen zum vereinbarten Termin wird im Interesse der nachfolgenden Patienten von der Behandlungszeit abgezogen. Sollte der Patient 15/ 30 min. (bei 25/ 55 min. Behandlungszeit) nach der vereinbarten Zeit kommen, kann die Behandlung abgelehnt werden. Danach muss der Ausfall der Behandlung bezahlt werden. Für eine vom Patienten gewünschte Kürzung der Behandlung während des Termins können keine preislichen Vergünstigungen gewährt werden. Es wird der Behandlungspreis gemäß Buchung fällig.

Bei vereinbarten Terminen sind Terminverzögerungen möglich. Die Behandlungszeit wird dadurch nicht beeinflusst. Der Wechsel des Behandlers ist möglich und berechtigt den Patienten nicht, kostenlos die Behandlung abzulehnen. Bei Ablehnung der Behandlung hat der Patient den Ausfall zu tragen.

3. Terminabsagen / nicht wahrgenommene Termine

a) Meine physiotherapeutische Praxis ist eine Terminpraxis. D.h. um für Sie unnötige Wartezeiten zu vermeiden, vereinbare ich mit Ihnen individuelle, feste Behandlungstermine. Diese Termine sind nur und ausschließlich für Sie reserviert. Mit Abgabe Ihres Rezeptes und/ oder Vereinbarung eines Behandlungstermins – auch telefonisch – gehen Sie mit mir einen "Dienstleistungsvertrag für Heilleistungen" ein. Die von mir erbrachten Leistungen werden Ihnen persönlich in Rechnung gestellt.

Bei versäumten Terminen bzw. Terminen, die nicht mindestens 24 Std. vorher abgesagt werden, habe ich keine Gelegenheit, die bereits fest reservierten Zeiten erneut zu vergeben. Daher bitte ich meine Patienten ausdrücklich, Termine die nicht wahrgenommen werden können, rechtzeitig – mindestens 24 Std. vorher – abzusagen. Absagen können 24/ 7 über Telefon, E-Mail, SMS, o.ä. erfolgen...auch am Wochenende!

Sollten Sie versäumen, Termine nicht bzw. rechtzeitig abzusagen, bin ich gehalten, Ihnen die ausgefallenen Behandlungszeiten gemäß § 611, Satz 3, SGB nach den gültigen Behandlungsentgelten der privaten Krankenkassen in Rechnung zu stellen (siehe auch § 615, BGB).

b) Inrechnungstellung bei Terminversäumnis:

Sobald ein Patient in der Praxis einen Behandlungstermin vereinbart, kommt ein Behandlungsvertrag in Form eines Dienstvertrages gemäß den §611 ff BGB zwischen der Praxis und diesem Patienten zu Stande. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um eine Privat- oder Selbstzahlerleistung handelt. Der Patient unterbreitet der Praxis ein Angebot zum Vertragsschluß (Bitte um Terminvereinbarung), welches durch die Benennung eines konkreten Termins seitens der Praxis schlüssig angenommen wird. Hierdurch kommt ein Dienstvertrag gemäß §611 BGB wirksam zu Stande; die Einhaltung einer besonderen Abschlussform (zum Beispiel Schriftform) ist nicht erforderlich. Der Vertrag kann auch fernmündlich geschlossen werden.

Aufgrund des wirksam geschlossenen Vertrages bin ich verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Räumlichkeiten, Behandlungsmaterialien und Therapeuten zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren muss ausreichend Behandlungszeit reserviert werden. Im Gegenzug erhalte ich den vereinbarten Vergütungsanspruch für die Behandlung. Der Patient ist vertraglich berechtigt, die Behandlung von mir einzufordern. Er ist verpflichtet, den Vergütungsanspruch zu bezahlen.

Nimmt der Patient – gleich aus welchem Grunde – den vereinbarten Verhandlungstermin nicht wahr, so spricht das Gesetz von Annahmeverzug des Gläubigers (hier: des Patienten). Was in diesem Fall mit dem Vergütungsanspruch geschieht, regelt das Gesetz in §615 S.1 BGB. Die Praxis wird – bezogen auf den versäumten Behandlungstermin – von ihrer Pflicht zur Behandlung befreit, behält aber seine Vergütungsanspruch gemäß §615 S.1 BGB. Der Inhalt dieses Paragraphen (§615 S.1 BGB) lautet: „Kommt der Dienstberechtigte mit der Annahme der Dienste in Verzug, so kann der Verpflichtete für die infolge des Verzugs nicht geleisteten Dienste die vereinbarte Vergütung verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein.“

Der Grundgedanke des Gesetzes ist, daß der Dienstleister im Rahmen seiner Erwerbstätigkeit auf den Vergütungsanspruch angewiesen ist. Er stellt Zeit, Personal, Räumlichkeiten und Behandlungsmaterialien zur Verfügung. Es sind also kostenintensive Dispositionen zu treffen. Er soll deshalb seinen Vergütungsanspruch nicht aufgrund von Vorkommnissen verlieren, die im Risikobereich des Dienstberechtigten (hier: des Patienten) liegen. Der Vergütungsanspruch bleibt daher unabhängig davon bestehen, ob der Patient schuldlos (Krankheit, Stau o.ä.) an der Wahrnehmung des Termins gehindert war,

oder ob ein schuldhaftes Verhalten zu Grunde lag.

Aus den obigen Ausführungen ergibt sich, dass auch im Falle der Nichtwahrnehmung oder Absage eines vereinbarten Behandlungstermins der Vergütungsanspruch für diesen Termin grundsätzlich bestehen bleibt. Allerdings ist die Praxis gemäß §615 S. 2 BGB verpflichtet, das durch die Nichtwahrnehmung des Behandlungstermins freiwerdende Behandlungspotenzial anderweitig zu nutzen und den Termin möglichst mit anderen Patienten zu belegen. Wird also der Termin abgesagt, so ist die Praxis bemüht, den Termin an andere Patienten zu vergeben. Soweit dies gelingt, kann und wird der Vergütungsanspruch gegen den säumigen Patienten nicht realisiert. Falls dies jedoch nicht gelingt, muß auch in diesem Fall der Vergütungsanspruch geltend gemacht werden.

Darüber hinaus sehe ich von der Geltendmachung des Vergütungsanspruchs generell dann ab, wenn der Behandlungstermin 24 Std. vorher abgesagt wird. Andererseits aber muss der Vergütungsanspruch immer dann geltend gemacht werden, wenn der Patient ohne jede Rücksprache einfach nicht zum Behandlungstermin erscheint. Die Praxis hat in diesem Fall grundsätzlich keine Möglichkeit den Termin anderweitig zu vergeben.

Meine Praxis stellt, wie andere vergleichbare Behandlungseinrichtungen, ihren Patienten für den Fall, daß von diesen Behandlungstermine nicht wahrgenommen oder nicht rechtzeitig (mindestens 24 Std. vor dem Behandlungstermin) abgesagt werden, den üblichen Vergütungssatz, bei privaten Behandlungen oder Gutscheinen den vereinbarten Wert der Behandlung in Rechnung. Obwohl dies gängige Praxis ist, ist diese Vorgehensweise immer wieder bei Betroffenen auf Unverständnis und Ablehnung gestoßen. Daher erläutere ich hier die Rechtsgrundlage für diese Vorgehensweise.

III] Schlussbestimmungen

Änderungen oder Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform. Für die Gültigkeit eventueller Änderungen reicht es aus, die jeweils aktuell gültige Fassung der AGB im Wartebereich der Praxis zur allgemeinen Kenntnisnahme zu veröffentlichen. Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung rechtsunwirksam sein oder werden, so bleibt die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen unberührt.

München, den 01.04.2025

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich Daten erhebe, speichere oder weiterleite sowie welche Rechte Sie bezüglich der Datenverarbeitung haben.

1. Verantwortlichkeit

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Rebecca Rentschler – Privatpraxis Physiotherapie & Osteopathie
Elisabethstraße 35
80796 München
Mail: info@rebecca-rentschler.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Vorgaben. Es werden nur die Daten verarbeitet, die notwendig sind, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und der Praxis und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Zu diesem Zweck verarbeitet die Praxis Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere auch Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Name, Adresse, Geburtsdatum, die Angaben der Verordnung Ihres Arztes, weiterführende Diagnostiken und Therapien, Behandlungspläne und Verlaufsdokumentationen, Therapieberichte an den Arzt. Die Erhebung dieser Daten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Diese notwendigen Informationen werden benötigt, um eine sorgfältige Behandlung durchzuführen.

3. Weitergabe Ihrer Daten

Die Praxis übermittelt Ihre personenbezogenen Daten / Gesundheitsdaten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ihr behandelnder Arzt, Ihre GKV oder PKV sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten therapeutischen Leistungen, zur Klärung von medizinischen, sich aus der Verordnung oder Behandlung ergebenden Fragen, sowie zur Klärung von sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

4. Datenspeicherung

Ihre personenbezogenen Daten werden nur solange aufbewahrt, wie es für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund gesetzlicher Vorgaben ist die Praxis jedoch dazu verpflichtet, Ihre Gesundheitsdaten mindestens 10 Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren.

5. Patientenrechte

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Bei unrichtigen Daten können Sie die Berichtigung der fehlerhaften Daten verlangen. Das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen zu. Da die Verarbeitung Ihrer Daten auf Basis gesetzlicher Regelungen erfolgt, wird nur in Ausnahmefällen Ihr Einverständnis benötigt. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Meinung sind, daß die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten / Gesundheitsdaten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die Praxis zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesamt für Datenschutzaufsicht
Postfach 1349
91504 Ansbach

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten in meiner Praxis ist Art.6 Abs.1b) DSGVO i.V.m. Art.9 Abs.2h) DSGVO und Art.9 Abs.3 DSGVO sowie §22 Abs.1 Nr.1b) BSDG. Rechtsgrundlage für die Aufbewahrung der vollständigen Patientenakten ist § 630f BGB.

INFORMATIONEN ZUR PRIVATLIQUIDATION

Für die Privatliquidation gibt es keine gesetzliche Gebührenordnung für physiotherapeutische Leistungen. Auch als beihilfeberechtigter Patient oder Postbeamten-Versicherter können Patienten einer physiotherapeutischen Einrichtung nur als Privatpatient behandelt werden. Das bedeutet, daß bei Behandlung auf der Grundlage einer privatärztlichen Verordnung die Höhe der Vergütung für physiotherapeutische Leistungen **individuell vereinbart** werden kann. Für die Wirksamkeit der Vereinbarung über die Höhe der Vergütung ist es ohne Belang, ob und in welcher Höhe der Patient einen Ersatzanspruch gegen ein Krankenversicherungsunternehmen und/ oder einer Beihilfestelle besitzt. Wenn Krankenversicherungsunternehmen bzw. Beihilfestellen Höchstbeträge festgelegt haben, so betreffen diese nicht das private Rechtsverhältnis zwischen dem Patienten und der physiotherapeutischen Praxis. Die Praxis ist in ihrer Preisgestaltung weder an die Höchstsätze, noch an eine andere Gebührenordnung gebunden.

Einige Privatversicherer verweigern die vollständige Kostenübernahme mit der Begründung, Aufwendungen für Heilmittel lediglich bis zu den „in Deutschland üblichen“ oder „**ortsüblichen**“ Preisen zu erstatten. Da die Versicherer allerdings kein aktuelles Gutachten zu den ortsüblichen Preisen für die abgerechneten Heilmittel vorlegen können, geht diese Argumentation ins Leere und die Kosten müssen in vollem Umfang erstattet werden.

Einige Privatversicherer verweigern die vollständige Kostenübernahme mit der Begründung, dass die **beihilfefähigen Höchstsätze** überschritten seien. Einen Erstattungsanspruch hat der Patient auch bei Überschreiten der beihilfefähigen Höchstsätze, wenn der abgeschlossene Tarif keinen Hinweis auf eine Begrenzung der Heilmittelerstattung enthält. Die beihilfefähigen Höchstsätze sind im Bereich der Heilmittel nicht kostendeckend und können daher auch nicht maßgeblich für die Erstattungshöhe sein.

Zum näheren Verständnis: Bei den Beihilfesätzen handelt es sich um Beihilfen, welche Privatversicherten des öffentlichen Dienstes von ihrem Dienstherrn gewährt werden. Die Festlegung der Beihilfesätze erfolgt durch das Bundesministerium des Inneren, welches selbst einräumt (Pressemitteilung vom 07.02.2004), dass diese Sätze **nicht kostendeckend** seien und lediglich einen Zuzahlungsanteil darstellen würden, den Beamte durch Eigenleistungen oder Abschluß einer zusätzlichen Privatversicherung aufstocken müssten.

Tatsächlich gibt es viele Physiotherapeuten, die sich bei ihren Rechnungen auf die Beihilfepreise beschränken. Wenn Sie einen Vergleich zwischen diesen KollegInnen und mir anstellen möchten, vergleichen Sie bitte in erster Linie die Länge der Behandlungseinheiten und insbesondere die fachliche Qualifikation (die sich u.a. auch in der qualifizierten Berufserfahrung ausdrückt). Als Privatpatient kann Sie niemand dazu zwingen, zur physiotherapeutischen Behandlung einen Therapeuten allein deshalb aufzusuchen, weil er der billigste ist. Es sollte auch im Sinne Ihrer Krankenversicherung sein, wenn ihren Kunden eine möglichst optimale Therapie geboten wird. Um nicht mehr und nicht weniger bemühe ich mich in meiner Praxis, bleibe aber mit meinen Honoraren dennoch **deutlich unterhalb des 2,3fachen VdEK-Satzes**, so dass es eigentlich **keinen Grund für eine Erstattungsverweigerung** Ihrer Versicherung geben sollte. (Berechnungsgrundlage für Tarifliste: **Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTh), GKV x 1,7**)

Mit der Wendung „medizinisch notwendige Heilbehandlung“ in §1 Abs. 2 S.1 MDKK 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)

Einige Privatversicherer verweigern die vollständige Kostenübernahme mit dem Hinweis auf ein **Verzeichnis der erstattungsfähigen Heilmittel**, welches dem Versicherten **nachträglich zugesandt** wurde, aber nicht in den ursprünglichen Versicherungsbedingungen enthalten ist. Damit ist dieses Verzeichnis **irrelevant**, noch ist zu erkennen auf welche Art, Umfang und Qualität der Heilmittel sich die Versicherung in der Liste beruft. Damit läuft auch aus diesem Grund der Versuch, die Höhe der Heilmittelausgaben einseitig zu begrenzen, ins Leere.

Gerne gebe ich Ihnen als Argumentationshilfe gegenüber Privatversicherungen bei Streitigkeiten bezüglich der Erstattung die folgenden Gerichtsurteile zur Hand:

OLG Karlsruhe, vom 06.12.1995 (AZ 13 U 281/93)

...für solche Personen (Krankengymnastinnen) findet die GOÄ keine Anwendung.

...Dem Sachverständigen ist darin zu folgen, daß das ortsübliche Entgelt für Privatpatienten an 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 privaten und gesetzlichen Krankenversicherung. Das medizinische notwendige Maß i.S. von §5 Abs. 2 MBKK bestimmt sich für den Kläger danach, welches Entgelt er in seiner Situation als Privatpatient für die in Frage kommenden Leistung aufbringen muss...

AG Frankfurt, 30.03.2009 (AZ: 29 C 2041/07-86)

... Die Behauptung der Beklagten (Krankenversicherung), die abgerechneten Beträge seien überhöht, ist nicht hinreichend substantiiert. Die stete Bezugnahme auf die beihilfefähigen Höchstsätze vermag einen Angriff nicht zu begründen, da es auf die Üblichkeit und Angemessenheit der Preise für die Privatversicherten ankommt...

AG Wiesbaden, vom 08.06.1998 (AZ 93 C 4624/97-20)

... Das Gericht hält auch Sätze, die nach den Beihilfevorschriften als erstattungsfähig angesehen werden, nicht für 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 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 dem Arzt oder ähnlichen Behandler zahlen müsste...

AG Köpenick, vom 10.05.2012 (Az. 13 C 107/11)

Das Amtsgericht Köpenick hat über folgenden Fall entschieden: Der privatversicherte Patient hatte mit seiner Physiotherapeutin die Abrechnung nach dem 2,3-fachen des VdEK-Satzes vereinbart. Die private Krankenversicherung hat dem Patienten die Rechnungen nur in Höhe der Beihilfesätze zuzüglich eines Zuschlages von 20% erstattet. Das Amtsgericht setzt sich zunächst mit der Frage auseinander, ob im Versicherungsvertrag Regelungen über Höchstgrenzen für die Erstattung von Kosten für Physiotherapie vereinbart worden sind. Dies war nicht der Fall. Damit sind nach Auffassung des Amtsgerichts Beschränkungen bei der Höhe der Erstattung nicht zulässig.

Die Versicherung sei vielmehr verpflichtet, die tatsächlich entstandenen Kosten zu erstatten. Da das Honorar der Physiotherapeutin zwischen ihr und dem Patienten vertraglich vereinbart worden war, musste die Versicherung die vollen Kosten erstatten.

AG Frankfurt, vom 17.09.1999 (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. Krankengymnasten als

Privatpatient auftritt, scheint es auch ausgeschlossen zu sein, dass sich der Leistungserbringer bei der Festlegung seiner Vergütung an den Beihilfesätzen orientiert...

Weitere Urteile

AG Wiesbaden, 12.05.1987 (AZ: 37 Cf 87/86)
AG Aachen, 06.07.1987 (AZ: 7C 83/87)
AG Dortmund, (AZ: 126 C 566/89)
AG Recklinghausen, (AZ: C 569/91)
AG Kempen, 20.07.1993 (AZ: 11 C 365/92)
AG Frankfurt, 09.01.1995 (AZ: 29 C 1438/94-46)
AG Frankfurt, (AZ: 29 C 2784/94-81)
AG Hamburg, (AZ: 11 C 14/94)
AG Schweinfurt, 30.05.1995 (AZ: 3 C 1494/94)
LG Mannheim, 29.03.2000 (AZ: 11 O 193/99)
LG Würzburg, 13.02.2002 (AZ: 42 S 1364/01)
LG Frankfurt, 20.03.2002 (AZ: 2-1 S 124/01)
LG Landshut, 05.07.2002 (AZ: 12 S 3017/01)
LG Köln, 20.07.2005 (AZ: 26 O 225/04)
AG Köln, 14.09.2005 (AZ: 129 C 91/05)
AG Essen, 03.02.2006 (AZ: 20 C 289/04)
OLG Köln, 26.04.2006: (AZ: 5 U 147/05)
LG Düsseldorf, 04.05.05 (AZ: 12 O 192/04)
OLG Düsseldorf, 18.05.2006 (AZ: I-6 U 116/05)
AG Hamburg, 10.10.2007 (20 A C 28/07)
LG Frankfurt, 17.11.2016 (AZ: 2-23 O 71/16)
AG München, 28.06.2017 (158 C 153/17)

TARIFLISTE

Preisliste für therapeutische Maßnahmen und zur Prävention (Stand: 01.04.2025). Alle vorhergehenden Preislisten verlieren mit dieser Preisliste zum 01.04.2025 ihre Gültigkeit.

Berechnungsgrundlage: Gebührenübersicht für Therapeuten (GebÜTh), GKV x 1,7)

Osteopathie (50min.) (OST)	130,00 €
Präventive Leistungen 25 / 40 / 55 min.	46,00 € / 69,00 € / 92,00 €
Krankengymnastik (KG)	45,00 €
Manuelle Therapie (MT)	53,00 €
klassische Massagetherapie/ Bindegewebsmassage (KMT/ BGM)	32,00 €
Medizinische Trainingstherapie / Krankengymnastik Gerät (MTT / KGG)	69,00 €
Golfphysio Training (GPT) 25 / 55 min.	65,00 € / 130,00 €
Bewegungsübungen (BÜ)	11,00 €
Manuelle Lymphdrainage (MLD) 30 / 45 / 60 min.	57,00 € / 86,00 € / 120,00 €
Kompressionsbandagierung einer Extremität	36,00 €
Extensions- / Traktionsbehandlung (EXT)	14,00 €
Naturmoor/ Fango (NM/ FA)	48,00 / 26,00 €
Heiße Rolle (HRO)	21,00 €
Kältetherapie (KT/ EIS)	19,00 €
Elektrotherapie / Ultraschall	13,00 € / 23,00 €
Kinesiotaping	23,00 €
Hausbesuch (ärztlich verordnet)	36,00 €