

Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB)

PfalzPhysio - Praxisgemeinschaft Glöckner, Glöckner, von Ehr -



I. Allgemeines

§1 Anmeldung

Mit der Unterschrift des Behandlungsvertrages bzw. Anmeldung zu den Präventionsangeboten der Physiotherapiepraxis PfalzPhysio werden die AGB der

Praxis PfalzPhysio - Praxisgemeinschaft Glöckner, Glöckner, von Ehr -
(im Folgenden Praxis) anerkannt. Diese können jederzeit eingesehen werden.

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

§2 Preise

Es gelten die Preise entsprechend der jeweils gültigen Preisliste in Bezug auf Selbstzahlerleistungen, Privattarife und Präventionsangebote. Die Preise gelten bis zur Veröffentlichung neuer Preisangaben. Maßgeblich für die Geltendmachung von Zahlungsansprüchen sind die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden, ausliegenden Preisangaben.

§3 Schadensfälle

Für Personen- und Sachschäden haften wir nach den gesetzlichen Grundsätzen. Zur Absicherung sind entsprechende Versicherungen vorhanden.

§4 Datenschutz

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Daten erheben, speichern oder weiterleiten, sowie welche Rechte Sie bezüglich der Datenverarbeitung haben.

a. Verantwortlichkeit

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxis PfalzPhysio - Praxisgemeinschaft Glöckner, Glöckner, von Ehr - 66849 Landstuhl

Mail: pfalzphysio@aol.com Tel: 06371/49 88 94 8

b. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag der Praxis und dem/der Patient/-in und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeitet die Praxis die personenbezogenen Daten des/der Patient/-in, insbesondere der Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die die Praxis, Therapeuten oder Ärzte erheben. Zu diesem Zweck können der Praxis auch Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen der/die Patient/-in in Behandlung ist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. Arztbriefe). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

c. Empfänger der Daten

Die Praxis übermittelt die personenbezogenen Daten des/der Patient/-in nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder der/die Patient/-in eingewilligt hat. Empfänger der personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte, Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen und zur Klärung von medizinischen Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

d. Speicherung der Daten

Die Praxis bewahrt personenbezogene Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben ist die Praxis dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

e. Patientenrechte

Der/die Patient/-in hat das Recht, über die ihn/sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch kann der/die Patient/-in die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht dem/der Patient/-in unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir das Einverständnis der/des Patient/-in. In diesen Fällen hat der/die Patient/-in das Recht, die Einwilligung über die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Der/die Patient/-in hat ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn er/sie der Ansicht ist, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Name: Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit RLP
Anschrift: Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz

f. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. lit. b) Bundesdatenschutzgesetz

Die Einwilligungserklärung zu Erhebung/Übermittlung von Patientendaten durch die Physiotherapeutische Praxis wird dem/der Patient/-in separat zur Unterschrift ausgehändigt.

II. Therapeutische Leistungen

§1 Heilmittelverordnung

Physiotherapeuten dürfen in Deutschland therapeutisch nur im Delegationsverfahren tätig sein. Deswegen dürfen in Deutschland therapeutische Maßnahmen durch nichtärztliche Berufsgruppen (Heilhilfberufe) ohne eine Verordnung eines Arztes oder Heilpraktikers – unabhängig vom Versicherungsstatus des/der Patient/-in- generell nicht durchgeführt werden. Das heißt, vor Beginn der ersten Behandlung benötigt der/die Patient/-in - unabhängig von der Frage der Kostenerstattung - eine korrekt ausgestellte Heilmittelverordnung von einem Vertragsarzt oder eine Privatverordnung von einem Arzt oder Heilpraktiker (auch sektoraler HP für Physiotherapie). Ohne Vorliegen einer gültigen Heilmittelverordnung können keine therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden. Daher liegt es in der Verantwortung des/der Patient/-in, darauf zu achten, dass die vom Arzt oder Heilpraktiker ausgestellte Heilmittelverordnung **spätestens** zum ersten Behandlungstag vorliegt.

Physiotherapeutische Befunderhebungen und Behandlungen zur Erhaltung des Wohlbefindens (Medical Wellness), sowie Präventionsmaßnahmen sind auch ohne Verordnung möglich, aber **generell nicht erstattungsfähig**.

§2 Fristen

Eine von einem Vertragsarzt ausgestellte Heilmittelverordnung im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) muss innerhalb von 28 Tagen angefangen werden, da sie ansonsten ihre Gültigkeit verliert. Eine Behandlung darf nur in begründeten Ausnahmefällen unterbrochen werden und muss innerhalb von 3 bzw. 6 Monaten abgerechnet werden.

Eine von einem Unfallarzt ausgestellte Heilmittelverordnung im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung (BG) muss innerhalb von 7 Tagen angefangen werden, da sie ansonsten ihre Gültigkeit verliert.

§3 Prüfpflicht

Gemäß der Urteilsverkündung des Bundessozialgerichtes vom 27.10.2009 (AZ: B1 KR 4/09 R) sind Physiotherapeuten verpflichtet, Rezepte (GKV) auf ihre Vollständigkeit, inhaltliche Plausibilität und Gültigkeit zu überprüfen. Krankenkassen müssen der Praxis als Leistungserbringer fehlerhaft ausgestellte oder inhaltlich falsche Rezepte trotz korrekter Behandlung nicht bezahlen.

Die Praxis prüft daher **vor Therapiebeginn** die Verordnung. Eine Therapie wird nur begonnen, bzw. durchgeführt, wenn die Heilmittelverordnung vollständig und gültig ist. Eine notwendige Korrektur/Änderung darf nur der verordnende Arzt durchführen, aber auch der Therapeut nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt.

§4 Zuzahlungen

Für Heilmittel gibt es einen, von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV), vorgeschriebenen Eigenanteil des/der Patient/-in an den Behandlungskosten. Dieser muss von **jedem/jeder volljährigen Patient/-in**, der/die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen angemeldet ist, entrichtet werden, solange kein Befreiungsausweis der jeweiligen Krankenkasse vorliegt. Der Eigenanteil beträgt für nicht von der Zuzahlung befreite Patienten 10€ pro Verordnung zuzüglich 10% des gesamten Rezeptwertes und kann daher je nach Menge und Art der verordneten Heilmittel variieren.

Zuzahlungen nach §32 Abs. 2 SGB Vi.V. m. §61 Satz 3 SGB V sind von der Praxis entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen einzuziehen und gegenüber dem/der Patient/-in gem. §61 Satz 4 SGB V zu quittieren. Die Zuzahlung je Verordnung ist bei der ersten Behandlung fällig, §43 b SGB V bleibt unberührt. **Eine Zuzahlungsbefreiung muss bei der Krankenkasse rechtzeitig beantragt werden. Sie ist nur innerhalb eines Kalenderjahres bis zum 31.12 gültig.**

§5 Terminvereinbarung

Bei einer Terminabsprache mit der Praxis kommt ein Dienstleistungsvertrag gem. §611 BGB und ein Behandlungsvertrag nach der jeweils gültigen und aktuellen Fassung unserer AGB und Preislist zustande. Terminvereinbarungen können persönlich oder per Telefon vorgenommen werden.

Patienten/Patientinnen die einen Termin in unserer Praxis machen, sind dazu verpflichtet ihre Terminzettel für das komplette Rezept aufzubewahren. Bei Klärungen von terminlichen Missverständnissen sind Terminzettel ausschlaggebend.

Ein verspätetes Erscheinen zum vereinbarten Termin kann im Interesse der nachfolgenden Patienten/Patientinnen von der Behandlungszeit abgezogen werden. Sollte der/die Patient/-in **10 Minuten** 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. Gewünschte Zusatzbehandlungen über die Therapiezeit hinaus werden in Rechnung gestellt. Bei vereinbarten Terminen sind Terminverzögerungen möglich. Die Behandlungszeit wird dadurch nicht beeinflusst. Der Wechsel des Behandlers ist möglich und berechtigt den/die Patient/-in nicht kostenlos die Behandlung abzulehnen. Bei Ablehnung der Behandlung hat der/die Patient/-in den Ausfall zu tragen.

§6 Terminabsagen/ nicht wahrgenommene Termine

a. Unsere physiotherapeutische Praxis ist eine Bestell-/ Terminpraxis. D.h. Um für Sie unnötige Wartezeiten zu vermeiden, vereinbaren wir 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 uns einen „Dienstleistungsvertrag für Heilleistungen“ ein. Die von uns erbrachten Leistungen werden bei gesetzlich Versicherten jeweils von den GKV's übernommen, d.h. Von uns mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet. Privat versicherten Patienten/Patientinnen werden die erbrachten Heilmittelleistungen persönlich in Rechnung gestellt. Bei versäumten Terminen bzw. Terminen, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, haben wir keine Gelegenheit, die bereits reservierten Zeiten erneut zu vergeben.

Daher bitten wir unsere Patienten/Patientinnen ausdrücklich, Termine, die nicht wahrgenommen werden können, rechtzeitig – mindestens 24 Stunden vorher – abzusagen.

Dazu steht Ihnen 24 Stunden unser Anrufbeantworter zur Verfügung.

Sollten Sie versäumen, Termine generell, bzw. rechtzeitig abzusagen, sind wir gehalten, Ihnen die ausgefallenen Behandlungszeiten gemäß §611 Satz 3 BGB nach den gültigen Behandlungsentgelten der gesetzlichen oder 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 dem/der Patient/-in zu Stande. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um eine Kassen- oder Privatleistung handelt. Der/die Patient/-in unterbreitet der Praxis ein Angebot zum Vertragsschluss (Bitte um Terminvereinbarung), das durch die Benennung eines konkreten Termins von uns schlüssig angenommen wird. Hierdurch kommt ein Dienstvertrag gemäß §611 BGB wirksam zu Stande; die Einhaltung einer besonderen Abschlussform (z.B. Schriftform) ist nicht erforderlich. Der Vertrag kann auch fernmündlich geschlossen werden.

Aufgrund des wirksam geschlossenen Vertrages sind wir verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Räumlichkeiten, Behandlungsmaterialien und Therapeuten zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren muss ausreichend Behandlungszeit reserviert werden. Im Gegenzug erhalten wir den vereinbarten Vergütungsanspruch für die Behandlung.

Der Patient ist vertraglich berechtigt, die Behandlung von uns einzufordern. Er ist verpflichtet, den Vergütungsanspruch zu bezahlen (bei gesetzlich Versicherten wird der Vergütungsanspruch durch den Versicherer erstattet).

Nimmt der/die Patient/-in – gleich aus welchem Grund – den vereinbarten Behandlungstermin nicht wahr, so spricht das Gesetz von Annahmeverzug des Gläubigers (hier der/die Patient/-in). Was in diesem Fall mit dem Vergütungsanspruch geschieht, regelt das Gesetz in §615 S.1 BGB. Die Praxis wird – bezogen auf den versäumten Termin – von ihrer Pflicht zur Behandlung befreit, behält aber ihren 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 (der/die Patient/-in) liegen. Der Vergütungsanspruch bleibt daher unabhängig davon bestehen, ob der/die Patient/-in 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 sind wir gemäß §615 S.2 BGB verpflichtet, das durch die Nichtwahrnehmung des Behandlungstermins freiwerdenden Behandlungspotenzial anderweitig zu nutzen und den Termin möglichst mit anderen Patienten/Patientinnen zu belegen. Soweit dies gelingt, kann und wird der Vergütungsanspruch gegen den säumigen Patienten nicht realisiert. Darüber hinaus sehen wir von der Geltendmachung des Vergütungsanspruchs generell dann ab, wenn der Behandlungstermin 24 Stunden vorher abgesagt wird. Andererseits aber muss der Vergütungsanspruch immer dann geltend gemacht werden, wenn der/die Patient/-in ohne jede Rücksprache einfach nicht zum Behandlungstermin erscheint. Die Praxis hat in diesem Fall grundsätzlich keine

Möglichkeit den Termin anderweitig zu vergeben. Wird der Termin abgesagt, so sind wir bemüht den Termin an andere Patienten/Patientinnen zu vergeben. Soweit dies nicht gelingt, muss auch in diesem Fall der Vergütungsanspruch geltend gemacht werden. Unsere Praxis stellt, wie andere vergleichbare Behandlungseinrichtungen, ihren Patienten/Patientinnen für den Fall, dass von diesen Behandlungstermine nicht wahrgenommen oder nicht rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vor dem Termin) 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 bereits mehrfach bei Betroffenen auf Unverständnis und Ablehnung gestoßen. Daher erläutern wir hier die Rechtsgrundlage für diese Vorgehensweise: Die Vergütung der Krankenkassen erlaubt uns keinen Spielraum für Kulanz.

§7 Private Krankenversicherung/Kostenerstattung bei Privatliquidation

Der/die Patient/-in erhält die Rechnung gemäß der Honorarvereinbarung nach Abschluss der erbrachten Leistung(en) und begleicht diese innerhalb von 21 Tagen. Der/die Patient/-in wurde darauf hingewiesen, dass seine/ihre Krankenkasse die Honorarbeträge möglicherweise nicht oder nicht vollständig ersetzt. Die Höhe und der Zeitpunkt einer etwaigen Erstattung durch eine Krankenversicherung ist für das Vertragsverhältnis zwischen Praxis und Patient/-in nicht relevant.

Weitere Hinweise zur Privatliquidation finden Sie in der Anlage 1.

III. Präventionsmaßnahmen

§1 Anmeldung und Vertragsabschluss

Die Anmeldung kann sowohl von Privatpersonen, als auch von Unternehmen für ihre Mitarbeiter persönlich, telefonisch erfolgen. Ein Vertragsabschluss kommt zustande, sobald eine Anmeldebestätigung versandt oder eine Abo-Karte ausgehändigt wurde. Kursteilnahmen und Abonnements sind nur persönlich nutzbar und nicht übertragbar.

§2 Zahlung und Entgelte

Die Anmeldung verpflichtet (unabhängig von der tatsächlichen Teilnahme) zur Zahlung des ausgewiesenen Entgeltes. Mit Vertragsabschluss werden die Gebühren in voller Höhe fällig und werden spätestens 21 Tage vor der ersten Kurs-/Trainingseinheit per Überweisung oder bar vor Ort entrichtet. Sollte der Vertrag bis spätestens 21 Tagen vor Kursbeginn annulliert werden, fallen keine Kosten an. Eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse oder den Arbeitgeber ist möglich soweit diese sich hierzu bereit erklären. Die Praxis übernimmt keine Gewähr dafür, dass eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse oder den Arbeitgeber erfolgt.

§3 Organisatorisches

Die Teilnehmer können sich in der Praxis umziehen. Eine Haftung für Wertgegenstände wird ausgeschlossen.

Wenn eine Kurseinheit aus persönlichen Gründen nicht genutzt werden kann, besteht kein Anspruch, diese zu einem späteren Zeitpunkt nachzuholen.

Wenn ein Kurstermin nicht stattfindet, werden die Teilnehmer benachrichtigt. Hierzu ist die Angabe einer gültigen Telefonnummer Voraussetzung. Kann ein einzelner Kurstermin z.B. aufgrund von Krankheit des Kursleiters, schlechten Wetterbedingungen oder sonstigem vom Kursleiter nicht zu vertretenden Umständen (höhere Gewalt) nicht stattfinden, wird der Termin nachgeholt. Eine Rückforderung des (anteiligen) Beitrages ist lt. §616 BGB in diesem Fall nicht gerechtfertigt. An Feiertagen findet kein Kurs statt. Über Ausnahmen werden die Teilnehmer rechtzeitig informiert.

§4 Rücktritt/Gebührenerstattung

Die Praxis kann von der Durchführung einer Veranstaltung zurücktreten, wenn

- die Mindestteilnehmerzahl nicht erreicht wird,
- der/die Kursleiter/-in ausfällt und keine Vertretung gestellt werden kann.

Sollte die Kursgebühr in diesem Fall schon bezahlt sein, wird diese erstattet.

§5 Unbedenklichkeitserklärung

Das Präventionsangebot der Praxis ist nicht therapeutisch orientiert und richtet sich ausdrücklich nicht an Personen mit organischen Vorerkrankungen, welche einer ärztlichen Behandlung oder Physiotherapie bedürfen. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass einzelne Trainingsübungen die Beschwerden bei organischen Vorerkrankungen verschlimmern können.

Mit Anmeldung und Nutzung unserer Präventionsangebote bestätigen Sie uns, dass Sie gesundheitlich in der Lage sind, gefahrlos an dem gewählten Trainingsmodul, bzw. der Präventionsleistung teilzunehmen. Bitte informieren Sie Ihren Trainer/Kursleiter in Ihrem eigenen Interesse in jedem Fall spätestens beim ersten Termin, sowie auch immer bei aktuellen Veränderungen, über mögliche gesundheitliche Einschränkungen und/oder Risikofaktoren.

Bei Teilnahme an einem Präventionsangebot trotz gesundheitlicher Einschränkungen ist eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung vorzulegen. Eine Haftung der Praxis für körperliche oder gesundheitliche Schäden, die aus einem Versäumnis dieser Mitteilungspflicht seitens des/der Teilnehmers/-in herrühren, wird ausgeschlossen.

§6 Datenschutz

Die bei Anmeldung für ein Präventionsangebot abgefragten Daten werden zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen und zur Vertragserfüllung verwendet. Die Abfrage Ihrer Telefonnummer erfolgt, um Sie unmittelbar kontaktieren zu können. Wenn Sie uns diese Daten nicht zur Verfügung stellen, können wir/der Kursleiter Sie ggf. nicht rechtzeitig erreichen. Mit der Unterschrift wird das Einverständnis der Datennutzung und -speicherung ausschließlich für die genannten Zwecke erklärt.

IV. Gutscheine

§1 Gültigkeit

Der Anspruch auf Einlösung des Gutscheins verjährt innerhalb von 3 Jahren ab Ausstelldatum.

§2 Einlösung

Da ein Gutschein entsprechend weitergegeben, bzw. verschenkt werden kann, besteht keine Pflicht und Möglichkeit seitens unserer Praxis, das Besitzrecht des Einlösenden zu überprüfen. Beim Einlösen wird lediglich überprüft, ob es sich um ein unterschriebenen/abgestempelten Original-Gutschein handelt.

Verlorene Gutscheine werden nicht ersetzt. Eine Barauszahlung des Gutscheinwerts ist ausgeschlossen.

Ist der Preis der Leistung, für die der Gutschein eingelöst wird, **geringer** als der Gutscheinwert, erhält der Einlösende in der Praxis einen (korrigierten) Gutschein über den Differenzbetrag ausgehändigt. Der Restbetrag wird nicht Bar ausgezahlt.

Ist der Preis der Leistung, für die der Gutschein eingelöst wird, **höher** als der Gutscheinwert, hat der Einlösende den Differenzbetrag vor Ort in Bar zu zahlen. Eine Quittung wird hierfür ausgestellt.

Die Gültigkeitsdauer des Gutscheins über den Differenzbetrag entspricht der verbleibenden restlichen Gültigkeitsdauer des ursprünglichen, nur teilweise eingelösten Gutscheins.

Aus betrieblichen Gründen können die im Gutschein aufgeführten Leistungen nur von der Praxis erbracht bzw. garantiert werden, wenn eine entsprechende und rechtzeitige Reservierung erfolgt ist.

§3 Widerrufsrecht

Sie können den Kaufvertrag innerhalb von 14 Tagen, bei Vorlage der Quittung, widerrufen und erhalten Ihr Geld zurück.

V. Salvatorische Klausel

Sollte eine Klausel dieser Vertragsbedingungen unwirksam sein, berührt dies die Gültigkeit der anderen Klauseln nicht. Ist eine Klausel dieser Bedingungen nur zu einem Teil unwirksam, so behält der andere Teil seine Gültigkeit. Die Vertragsparteien sind gehalten, eine unwirksame Klausel durch eine wirksame Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen Vertragsbedingung möglichst nahekommt.

VI. 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.

Landstuhl, 01.01.2022

Anlagen - Informationen zur Privatliquidation
 - Preisliste

Anlage 1 – Informationen zur Privatliquidation

- a. Für die Privatliquidation gibt es **keine gesetzliche Gebührenordnung** für physiotherapeutische Leistungen. Auch als Beihilfeberechtigter Patient oder Postbeamten-Versicherter können Patienten/Patientinnen in einer physiotherapeutischen Einrichtung nur als Privatpatient/-in 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/die Patient/-in einen Ersatzanspruch gegen ein Krankenversicherungsunternehmen und/oder Beihilfestelle besitzt. Wenn Krankenversicherungsunternehmen bzw. Beihilfestellen Höchstbeträge festgelegt haben, so betreffen diese nicht das private Rechtsverhältnis zwischen dem/der Patient/-in und der physiotherapeutischen Praxis. Die Praxis ist in ihrer Preisgestaltung weder an die Höchstsätze, noch an eine andere Gebührenordnung gebunden.
- b. 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 erstatten werden.
- c. Einige Privatversicherer verweigern die vollständige Kostenübernahme mit der Begründung, dass die beihilfefähigen Höchstsätze überschritten seien. Einen Erstattungsanspruch hat der/die Patient/-in 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 Verständnis: Bei den Beihilfesätzen handelt es sich um Beihilfen, welche Privatversicherten des öffentlichen Dienstes von ihren 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 müssen.
- d. Tatsächlich gibt es viele Physiotherapeuten und -therapeutinnen, die sich bei Ihren Rechnungen auf die Beihilfepreise beschränken. In der Regel leidet darunter jedoch nicht nur der wirtschaftliche Faktor der Praxis, sondern auch häufig die Qualität der Therapie. Trotzdem möchten viele Krankenkassen, dass Sie den günstigsten Anbieter wählen, wozu Sie jedoch niemand zwingen kann. Sie sollten Ihren Therapeuten/-in nach der für Sie optimalen Therapieform wählen. Wir haben unsere Preise so gewählt, dass wir unter dem 2,3-fachen VdAK-Satzes bleiben und Ihnen eine optimale Therapie bieten können.
- e. Mit der Wendung „medizinisch notwendige Heilbehandlung“ in §1 Abs. 2 S. 1 MD/KK 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)
- f. Einige Privatversicherer verweigern die vollständige Kostenübernahme mit dem Hinweis auf ein Verzeichnis der erstattungsfähigen Heilmittel, das dem Versicherten nachträglich zugesendet 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.

Gerichtsurteile als Argumentationshilfe

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 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 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 Leistungen aufbringen muss...

AG Frankfurt, vom 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 privat versicherte Patient hatte mit seiner Physiotherapeutin die Abrechnung nach dem 2,3-fachen VdAK-Satzes vereinbart. Die private Krankenversicherung hat dem Patient 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 Amtsgerichtes Beschränkungen bei der Höhe der Erstattung nicht zulässig.

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