



PATIENTENINFORMATION

Wie wird eine logopädische Behandlung abgerechnet?

Gesetzlich Versicherte

Die logopädische Behandlung ist als Heilmittel Bestandteil der medizinischen Grundversorgung und eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Therapiekosten werden in der Regel von den Krankenkassen übernommen unter Berücksichtigung einer Zuzahlung, die vom Gesetzgeber vorgeschrieben ist.

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind allerdings generell von diesen Zuzahlungen befreit. Alle anderen gesetzlich Versicherten leisten aktuell pro Verordnung einmalig eine Zuzahlung von 10% sowie eine Rezeptpauschale von 10,- €.

Auch für Hausbesuche und Entfernungspauschalen fallen Zuzahlungen an, jedoch erhöhen diese nicht den Rezeptwert, sondern werden der Praxis von der Krankenkasse in der Kostenerstattung abgezogen. Wir müssen deshalb versuchen, die Fahrten zu Hausbesuchen möglichst wirtschaftlich zu koordinieren. Bitte haben Sie dafür Verständnis.

Für die Zuzahlungen gelten jährliche Höchstgrenzen. Pro Jahr dürfen die Zuzahlungen max. 2% des Bruttojahreseinkommens (bei chronisch Kranken 1%) betragen. Hierzu zählen auch Fahrkostenbescheinigungen, die wir Ihnen bei Bedarf in der Praxis gerne ausstellen.

Als **Privatpatient** schließen Sie mit der Praxis zu Therapiebeginn einen Dienstvertrag ab. Darin wird festgelegt, welche therapeutischen Leistungen zu welchem Preis erbracht werden. Zudem verpflichten Sie sich, den vereinbarten Preis unabhängig von der Erstattung durch die PKV zu zahlen.

Im Gegensatz zu gesetzlich Krankenversicherten bestehen für Privatpatienten keine gesetzlichen Gebührenordnungen auch nicht die Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ). Eine Bindung an die Beihilfeshöchstsätze besteht ebenso wenig.

Somit legen Logopäden und andere Heilmittelerbringer die Höhe der Vergütung bei privat versicherten Patienten im Rahmen einer logopädischen Therapie frei fest.

Wir orientieren uns jedoch an den Sätzen der gesetzlichen Krankenkasse, der Beihilfestelle, der Gebührenordnung der Ärzte und an den Empfehlungen unseres Bundesverbandes (DBL). Sätze im Rahmen des 1,8-2,3fachen VdeK-Satzes haben sich dabei bewährt und schöpfen den möglichen Höchstsatz dabei nicht voll aus.

Trotzdem kann diese bundesweit praktizierte Verfahrensweise dazu führen, dass Ihre Privatversicherung nicht immer alle Vergütungssätze in voller Höhe übernehmen will und dann eine private Zuzahlung von Ihnen zu leisten ist.

Wir bieten Ihnen als Privatpatient daher vorab einen Kostenvoranschlag an, den Sie im Vorfeld bei Ihrer Krankenkasse zur Prüfung der Kostenübernahme einreichen können. Somit werden Sie noch vor Beginn der Therapie über die auf Sie zukommenden Kosten informiert, falls eine vollständige Erstattung der Versicherung nicht vorgesehen ist. Der Zahlungszeitraum der Rechnung ist unabhängig vom Zeitpunkt und Umfang von Zahlungen anderer Leistungsträger und beträgt 4 Wochen ab Datum der Rechnungsstellung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen.

Weitere Informationen für Privatpatienten finden Sie auch auf der Website www.privatpreise.de