



## PATIENTENINFORMATION

# Abrechnungsprobleme werden auf dem Rücken von privat Krankenversicherten und Beihilfeberechtigten mit privater Zusatzversicherung ausgetragen

In der letzten Zeit häufen sich Nachrichten unserer Privatpatienten und auch Berichte in den Medien, dass Krankenversicherungen eine Kostenerstattung für eingereichte Rechnungen ärztlich verordneter Therapiemaßnahmen teilweise ablehnen. Begründung, unabhängig von der tatsächlichen Honorarforderung: die berechneten Behandlungshonorare wären nicht „angemessen“!

Einzelne Krankenversicherungen akzeptieren sogar nur die Beihilfesätze für Versicherte des öffentlichen Dienstes, obgleich selbst das Bundesministerium des Inneren diese Sätze schon als nicht kostendeckend erachtet hat.

Mit Scheinargumenten wird bei den Kunden zumeist der Eindruck erweckt, unberechtigte Kürzungen der Kostenerstattung seien legitim. Die Gesellschaften hoffen dann darauf, dass die Versicherten diese Entscheidungen akzeptieren und eine Durchsetzung der Forderung, notfalls auch per Rechtsanwalt, scheuen. Leider oftmals mit Erfolg. Im besten Fall für die Krankenkasse verzichten die Patienten angesichts unzumutbarer Eigenbeteiligungen gar auf die gesamte Therapie. Dieser Eindruck drängt sich förmlich auf, da vor allem ältere und chronisch kranke Patienten und Familien mit Kindern regelmäßig von Erstattungsproblemen betroffen sind.

### Die Versicherer verkennen dabei die Rechtslage.

Die MB/KK 1976 (Musterbedingungen Krankenkasse 1976) sehen in §§ 1 Absatz 2 Satz 1 und 5 Absatz 2 sowie in den Tarifbedingungen und in späteren Allgemeinen Krankenversicherungsbedingungen (AVB) vor, dass alle „medizinisch notwendigen Leistungen“ nach Krankenversicherungsvertrag erstattet werden. Viele Versicherer wollen in diese Regelung nun auch Kostenaspekte einfließen lassen. Dem hat der Bundesgerichtshof in seiner Entscheidung vom 12.03.2003 IV ZR 278/03 mit aller Deutlichkeit widersprochen. Der BGH führt in seiner Pressemitteilung 31/2003 zu der Entscheidung aus: „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.“

Hinsichtlich des mit unserer Praxis geschlossenen Dienstvertrages kann die Krankenversicherung auch nicht einwenden, die vereinbarten Honorare seien nicht „üblich“. Die Frage der Üblichkeit stellt sich in § 623 Absatz 2 BGB nur dann, wenn keine Honorarvereinbarung getroffen wurde. Ist eine Honorarvereinbarung geschlossen, so gilt diese vorrangig.

**Unsere Empfehlung:** Legen Sie Ihrem Erstattungsantrag an die Krankenversicherung neben unserem Dienstvertrag, die ärztliche Verordnung und diese Patienteninformation bei. Unsere Honorare liegen im Rahmen bzw. unterhalb des vom OLG Karlsruhe für angemessen befundenen 2,3 fachen vdek-Satzes. Daher rechnen wir nicht damit, dass Ihnen Erstattungsprobleme entstehen werden.