



Liebe Patientin, lieber Patient!

Immer häufiger berichten Patienten uns und anderen Angehörigen der Heilberufe von Privaten Krankenversicherungen, die eine Kostenerstattung für eingereichte Honorar-Rechnungen ärztlichverordneter Therapiemaßnahmen teilweise ablehnen. Die Krankenversicherungen berufen sich -unabhängig von der tatsächlichen Höhe der Honorarforderung - darauf, dass die berechneten Behandlungshonorare nicht "angemessen" wären. Einzelne Krankenversicherungen akzeptieren sogar nur die Beihilfesätze für Versicherte des öffentlichen Dienstes, obgleich selbst das Bundesministerium des Inneren diese Sätze als nicht kostendeckend erachtet. Die Versicherer verkennen die Rechtslage.

Die MB/KK 1976 (Musterbedingungen Krankenkasse 1976) sehen in §§ 1 Absatz 2 Satz 1 und 5 Absatz 2 MB/KK 1976 sowie in den Tarif-Bedingungen und in späteren Allgemeinen Krankenversicherungs-Bedingungen (AVB) vor, dass alle "medizinisch notwendigen Leistungen" nach Krankenversicherungs-Vertrag erstattet werden. Viele Versicherer wollen in diese Regelung 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."

Nach der mit meiner Praxis geschlossenen Honorarvereinbarung kann die Krankenversicherung nichteinwenden, 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 - wie hier - geschlossen, so gilt diese vorrangig.

Unsere Behandlungs-Zeittakte sind erheblich länger, als es die Verträge mit den Krankenkassen vorschreiben. Da unsere Honorare dennoch deutlich unterhalb des vom OLG Karlsruhe für angemessen befundenen 2,3-fachen VdAK-Sätzen liegen, rechnen wir nicht damit, dass Ihnen Erstattungsprobleme entstehen werden. Sollten diese wider Erwarten dennoch eintreten, zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

Urteile

Urteile sind im Zusammenhang mit Streitigkeiten zwischen Privatpatienten und zahlungsunwilligen Versicherungsgesellschaften immer wieder gefällt worden.

Nachfolgende Auszüge aus Gerichtsurteilen oder deren Aktenzeichen vermitteln Ihnen einen Eindruck, wie die meisten deutschen Gerichte im Streitfall zwischen diesen Versicherern und ihren verärgerten Kunden - unseren Patienten - entschieden haben.

Mit diesen Urteilen konfrontiert, entgegnen viele private Krankenversicherer, dass es auch anders lautende Urteile gäbe. Diese Urteile sind jedoch - soweit mir bekannt - ausschließlich auf der Amtsgerichtsebene gesprochen worden und keinesfalls dazu geeignet, die Rechtsprechung eines Oberlandesgerichtes oder gar den Bundesgerichtshofes außer Kraft zu setzen.

In der Regel sollte ein Zweizeiler Ihres Anwaltes an Ihre Versicherungsgesellschaft genügen, diese zur vollen Erstattung zu veranlassen, sofern sich das Ihnen berechnete Behandlungshonorar in einem angemessenen Rahmen bewegt und nicht über den 2,3-fachen VdAK-Satz hinausgeht.

Als angemessen wird ein 1,6- bis 2,3-facher Satz über dem der gesetzlichen Krankenversicherungen empfohlen. Wir weisen darauf hin, dass wir mit der Kalkulation unserer Privatpreise noch deutlich darunter liegen.

Dem Drängen der Kostenträger - auch der Privatversicherer - nach einer zunehmenden Einschränkung medizinischer Versorgungsleistungen werden wir nicht nachgeben, da für uns die qualifizierte Behandlung unserer Patienten oberste Priorität genießt!

Bei Zweifeln der Kostenübernahme erkundigen Sie sich bitte VOR Therapiebeginn bei Ihrer privaten Krankenkasse. Eine Rechtsbeziehung besteht lediglich zwischen Patient und Dienstleister. Zwischen dem Dienstleister und der Krankenversicherung des Patienten bzw. der Beihilfe besteht ausdrücklich keine Rechtsbeziehung

Bundesgerichtshof, 12.12.2007(AZ: IV ZR 130/06 und 144/06)

Hier wurde die AXA, die unter Insidern einen fast so schlechten Ruf genießt, wie die DKV, von Verbraucherschützern verklagt und vom BGH verurteilt, weil sie in ihren Versicherungsbedingungen für bereits bestehende Verträge nachträglich einen Passus eingeführt hat, der ihr eine Beschränkung ihrer Kostenerstattung für Heilmittelrechnungen (hierzu zählt auch die Physiotherapie) ermöglichen sollte. Weiterhin wollte es die bereits vom OLG Düsseldorf zuvor verurteilte AXA erfolglos verhindern, die Gesamtheit ihrer Versicherungsnehmer von der Unwirksamkeit der veränderten Versicherungsbedingungen in Kenntnis zu setzen. Im Urteilstext heißt es u.a.:

In IV ZR 130/06:

"Die Beklagte wird verurteilt, es bei Vermeidung für jeden Fall der Zuwiderhandlung vom Gericht festzusetzenden Ordnungsgeldes von bis zu 250.000 Euro, ersatzweise am Vorstandsvorsitzenden der Beklagten zu vollziehender Ordnungshaft von bis zu sechs Monaten, zu unterlassen, sich bei der Regulierung von Schadensfällen gegenüber den Bestandsversicherten auf die nachfolgend genannten, ab November 2003 an die Versicherungsnehmer verschickten, im Treuhänderverfahren geänderten Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen zu berufen: [es folgt an dieser Stelle eine Wiedergabe der von der verklagten AXA vorgenommenen Änderungen. Aus diesen Änderungen geht hervor, dass die verurteilte Versicherungsgesellschaft für sich das Recht in Anspruch nehmen möchte, die Erstattung für Heilmittel auf Beihilfesatz des Bundes zu beschränken]"

In IV ZR 144/06:

"Die von der Beklagten hier im Treuhänderverfahren vorgenommene Änderung ihrer Bedingungen wird den Anforderungen des §178g nicht gerecht und ist deshalb unwirksam." [...]

"Die richterliche Auslegung bringt lediglich zur Geltung, was nach Treu und Glauben und insbesondere nach der maßgeblichen Sicht des verständigen Versicherungsnehmers (vergl. BGHZ 123, 83, 85) Inhalt des geschlossenen Vertrages ist; sie verändert die Verhältnisse mithin nicht. Über die danach von §178g Abs. 3 VVG gezogenen Grenzen hinaus kann der Versicherer seine Krankenversicherungsbedingungen nicht wirksam zum Nachteil des Versicherungsnehmers ändern (§178o VVG)."

"Mit Recht hat das Berufungsgericht dem Kläger auch die Befugnis zur Veröffentlichung gemäß §7UKlaG zugebilligt, ohne dies freilich näher zu begründen. Die Entscheidung steht im Ermessen des Gerichts [...]. Für eine Veröffentlichung spricht hier, dass andere Verwender gleichartiger Versicherungsbedingungen gewarnt werden. Außerdem bietet die Veröffentlichungsbefugnis immerhin ein Hilfsmittel, das neben dem Bekanntwerden dieses Urteils zur Information der Betroffenen beitragen kann."

Bundesgerichtshof, 15.12.03.2003(AZ: IV ZR 278/01)

Ein deutliches höchstrichterliches Urteil. Eine pauschale Honorarbeschränkung auf eine aus Sicht der Privaten Krankenkasse "angemessene" Höhe ist nicht zulässig! "Die Einbeziehung von Kostengesichtspunkten lässt sich aus § 1 Absatz 2 Satz 1 MBKK 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."

AG Frankfurt, 15.11.2001(AZ: 32 C 2428/98 - 84)

Verklagt wurde hier die Deutsche Krankenversicherung (DKV), von der man sagt, sie habe unter allen privaten Krankenversicherungen die schlechteste Zahlungsmoral.

Es folgt ein kurzer Auszug aus der Urteilsbegründung:

"...Soweit die Beklagte [die DKV] meint, sie schulde nur das, was die Kassen der gesetzlich versicherten oder der Beihilfestellen den Beihilfeberechtigten erstatten, entspricht dies nicht dem zwischen den Parteien geschlossenen Vertrag und deckt sich auch nicht mit der Realität. Die Beklagte verspricht ein Höchstmaß an Leistung und eine Person, die sich privat krankenversichert, tut dies, in der Erwartung, besser behandelt zu werden, als ein gesetzlich Versicherter. Entsprechend entspricht es auch der Realität, daß Privatpatienten höher abgerechnet werden, als gesetzlich Versicherte. Eben weil die gesetzlich versicherten oder die Beihilfeberechtigten derartige Mehr- bzw. Besserleistungen nicht erstattet bekommen, bieten private Krankenversicherer wie die Beklagte Ergänzungstarife an, um auch dem ansonsten nicht privat versicherten Personenkreis die Leistungen von Privatversicherten zu sichern und zu erstatten. Die Beklagte setzt sich damit in Widerspruch zu Ihrem Selbstverständnis, wenn sie auch Privatpatienten lediglich das erstatten möchte, was gesetzlich versicherte erhalten..."

Weitere Urteile:

- OLG Karlsruhe, 06.12.95 (AZ: 13 U 281/93)
- AG Wiesbaden, 08.06.98 (AZ: 93 C 4624/97 -20-)
- AG Frankfurt, 17.09.99 (AZ: 301 C 7572/97)
- LG II, München, 14.04.99
- 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 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 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)

Wir möchten hiermit nicht den Bestandteil einer Rechtsberatung erfüllen. Im Zweifel oder bei Rückfragen wenden Sie sich an Ihren Leistungserbringer oder fragen Ihren Rechtsbeistand. Für etwaige Informationen, Veränderungen oder Ergänzungen sowie Vollständigkeit bzw. Richtigkeit übernehmen wir keine Haftung.

Ihr Therapiezentrum Bennigsen



Therapiezentrum
Bennigsen