

## **Patienten-Information für Privat-Krankenversicherte und Beihilfe-Berechtigte mit privater Zusatzversicherung**

Immer häufiger berichten Patienten uns und anderen Angehörigen der Heilberufe von Privaten Krankenversicherungen, die eine Kostenerstattung für eingereichte Honorar-Rechnungen ärztlich verordneter 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 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 – wie hier – geschlossen, so gilt diese vorrangig.

Reichen Sie daher Ihrem Erstattungsantrag an Ihre Krankenversicherung neben der **ärztlichen Verordnung** und meiner **Rechnung** diese **Patienten-Information** mit ein.

Unsere Behandlungs-Zeittakte sind 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.