

Offene Rechnungen

Private Krankenversicherung. Als Kranker mit dem Versicherer über Kosten zu streiten – das nervt. Doch wer sich nicht wehrt, zahlt selbst.

Gab es schon einmal Probleme mit der Kostenerstattung? Das wollten wir Anfang des Jahres von privat Krankenversicherten und gesetzlich Versicherten mit einer privaten Zusatzpolice wissen. Mehr als 3000 Leser beteiligten sich an unserer Onlinenumfrage. Einige – wie Tom Urban, Dirk Sommerfeld und Eberhard Röhl, (siehe S. 74, 75, 76) – stellten uns auch Unterlagen zur Verfügung.

Hintergrund: Privatversicherte bezahlen Rechnungen für Behandlungen und Medikamente zunächst selbst und reichen sie dann ein. Die Versicherungsunternehmen prüfen sie systematisch, oft mit spezieller Software. In über 90 Prozent der Fälle läuft nach Angaben großer Versicherer alles glatt, manches klärt sich auf Nachfrage.

Gibt es jedoch Probleme mit der Erstattung, reagieren Betroffene unterschied-

lich. Das zeigt unsere Umfrage (siehe Grafik rechts unten). Am häufigsten sind Beschwerden, Klagen vor Gericht eher selten. Doch auch das kann sich lohnen. Bestes Beispiel ist der Fall von Tom Urban aus Filderstadt (siehe S. 74). Er gewann einen Rechtsstreit gegen seinen Versicherer, in dem es um die Höhe von Zahnlaborkosten ging. „Es lohnt sich immer, sich zu wehren“, meint er.

Wenn Krankenversicherer kürzen, geht es häufig um folgende Fragen:

- Ist die Behandlung medizinisch notwendig?
- Ist die Rechnung überhöht?
- Welche Leistungen enthält mein Vertrag?

Verträge mit zwei Seiten

Privatpatienten stehen zwischen Arzt und Krankenversicherung. Beanstandet der Versicherer eine Rechnung oder hält eine Behandlung für unnötig, müssen sie eine Lösung finden oder selbst zahlen.



Unser Rat

Streitfall: Medizinisch notwendig?

Beim Ombudsmann der privaten Krankenversicherung landen am häufigsten Fälle, in denen der Versicherer anzweifelt, ob eine Behandlung medizinisch notwendig ist (siehe Grafik rechts oben). Dahinter stecken zwei Fragen: Ist die Person überhaupt krank? Ist die Behandlung für seine Krankheit die richtige?

Beides müssen Versicherte im Streitfall beweisen. Eine unwirksame Therapie gilt nämlich nicht als medizinisch notwendig. Dass sie im Einzelfall geholfen hat oder der behandelnde Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker von ihr überzeugt ist, reicht nicht.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs geht es darum, ob es „nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen.“ Das ist normalerweise dann der Fall, „wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken“ (BGH, Az. IV a ZR 78/85, Az. IV ZR 278/01).

Schwierig wird das vor allem bei alternativmedizinischen oder neuen Methoden. Ist jemand unheilbar krank und sind die schulmedizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft, urteilen Gerichte hier milder. Dann reicht es, wenn zumindest Aussicht besteht, dass die Therapie die Krankheit lindert oder ihren Verlauf verlangsamt (BGH, Az. IV a ZR 206/80, Az. IV ZR 133/95).

Streitfall: Sind Preise zu hoch?

Häufig sind auch Gebührenstreitigkeiten: Versicherer beanstanden einzelne Posten der Rechnung oder kürzen die geforderte Summe. Ob eine Kürzung rechtmäßig ist, muss vor Gericht der Versicherer beweisen.

Allein weil eine Behandlung sehr teuer ist, dürfen Versicherer sich nicht auf fehlende medizinische Notwendigkeit berufen und die Leistung komplett verweigern. Das hat der Bundesgerichtshof im Jahr 2003 klargestellt (Az. IV ZR 278/01).

Das geht nur, wenn zwischen Preis und Leistung ein erkennbares und erhebliches

Rechte kennen. Sie sind privat krankenversichert mit einem Vollschutz oder einer Zusatzpolice? Hier lesen Sie, welche Rechte Sie im Fall eines Streits mit Ihrer privaten Krankenversicherung haben. Für Streitigkeiten mit der gesetzlichen Krankenkasse oder mit der Beihilfestelle gelten andere Regeln.

Chance nutzen. Nur wenn Sie sich wehren, haben Sie zumindest die Chance, im Fall einer Kürzung doch

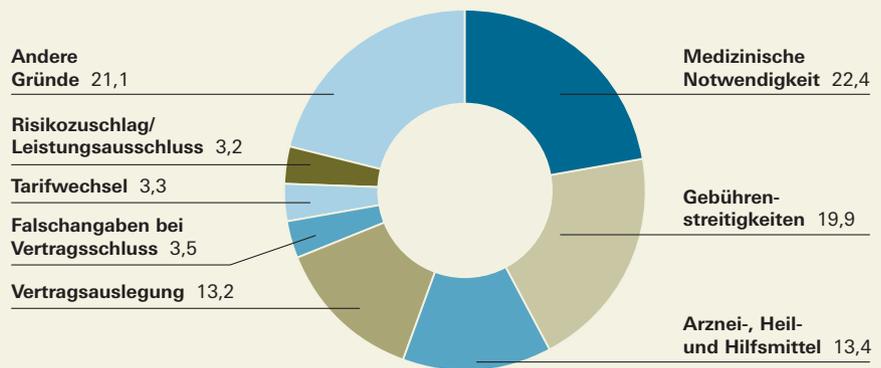
noch etwas erstattet zu bekommen. Wie Sie vorgehen können, lesen Sie auf Seite 77. Nutzen Sie zunächst kostenlose Wege, etwa den Ombudsmann. Lassen Sie es auf einen Rechtsstreit möglichst nur ankommen, wenn Sie rechtsschutzversichert sind.

Urteile. Beispiele für Gerichtsentscheidungen zur privaten Krankenversicherung können Sie sich kostenlos unter test.de/pdf-pkv-urteile herunterladen.

Ombudsmann: Die häufigsten Konflikte

War die Behandlung medizinisch notwendig? Mehr als jeder fünfte Streitfall, der 2015 zur Schlichtung beim Ombudsmann landete, drehte sich um diese Frage.

Gründe der Beschwerde beim Ombudsmann (Prozent)



Quelle: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Tätigkeitsbericht 2015 (Mai 2016)

Unsere Leserumfrage zeigt: Wehren lohnt sich oft

Was tun Sie, wenn Ihr Krankenversicherer Kosten nicht vollständig erstattet?, fragten wir unsere Leser in einer Onlineumfrage. Fazit: Viele beschwerten sich.

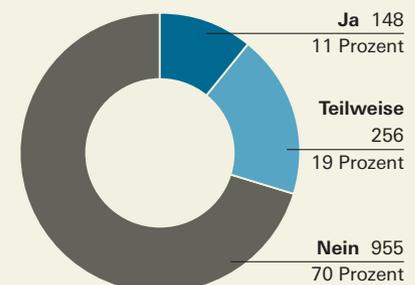
Was haben Sie unternommen?

(1 597 Antworten, Mehrfachnennungen möglich)
Ich war einverstanden.



Haben Sie die Leistung am Ende doch noch erstattet bekommen?

(1 359 Antworten)



Quelle: Nichtrepräsentative Onlineumfrage auf test.de vom 15. Januar bis 30. März 2016 mit insgesamt 3 032 Teilnehmern.



Tom Urban

Streitfall hohe Kosten: Erfolg vor Gericht

Tom Urban aus Filderstadt blieb hartnäckig – und bekam nach gut zwei Jahren Rechtsstreit mehr als 3000 Euro nachgezahlt. Der Versicherer hatte Zahnlaborrechnungen auf die Höchstpreise der gesetzlichen Krankenversicherung („BEL-Liste“) gekürzt.

Der Ombudsmann riet Urban, ein Angebot des Versicherers anzunehmen: Dieser wollte zunächst zahlen und sich dann die Rückforderungsansprüche gegen den Zahnarzt abtreten lassen.

Das akzeptierte der Wirtschaftsingenieur nicht: „Dann hätte ich mir einen neuen Zahnarzt suchen müssen.“

Stattdessen suchte er sich eine Fachanwältin für Versicherungsrecht und reichte Klage ein. Vor Gericht erkannte der Versicherer Urbans Ansprüche an und zahlte. Welcher Maßstab für Zahnersatzkosten der richtige ist, beurteilten die Richter also gar nicht. Tom Urban ist trotzdem zufrieden: „Seither gab es nie wieder Diskussionen.“

Missverhältnis besteht. Feste Grenzwerte gibt es nicht – der Versicherer muss belegen, dass es sich um „Wucherpreise“ handelt.

Ein Unternehmen darf seine Leistung aber auf einen angemessenen Betrag kürzen, wenn Teile der Behandlung medizinisch nicht notwendig waren. Etwa wenn ein Hörgerät einzelne technische Ausstattungsmerkmale hat, die der Patient zum Ausgleich seiner Hörprobleme nicht benö-

tigt und es günstigere Geräte gibt, mit denen er den gleichen Erfolg erzielen kann (BGH, Az. IV ZR 419/13).

Komplizierte Gebührenordnung

Häufig kürzen Versicherer die Erstattung auch, weil eine Arztrechnung aus ihrer Sicht unzulässige Gebühren enthält. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist kompliziert und veraltet. Eine Neufassung ist in Arbeit,

kommt aber nur schleppend voran. Hat der Versicherer Rückfragen zu einzelnen Gebührenziffern, sollten Patienten diese an ihren Arzt weiterleiten und um Antwort bitten. Unstrittige Teilbeträge können sie bereits überweisen.

Eine Rechnung beim Arzt oder Zahnarzt zu reklamieren, ist vielen unangenehm. Doch wer einfach zahlt, bleibt vielleicht auf den Kosten sitzen – oder muss sie mühsam zurückfordern. Wenn eine Rechnung den Anforderungen der Gebührenordnung nicht genügt, wird sie nicht fällig. Damit muss auch der Versicherer nicht leisten.

Einfache Fehler können auch Nichtmediziner leicht erkennen. Beispielsweise muss eine korrekte Rechnung für jede Leistung Datum, Bezeichnung der Leistung nach der GOÄ samt Gebührennummer, Gebührensatz und Betrag enthalten.

Außerdem sind Ärzte und Krankenhäuser verpflichtet, ihre Patienten darauf hinzuweisen, wenn ihnen bekannt ist, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten nicht gesichert ist. Ärzte und Zahnärzte müssen auch unter Kostengesichtspunkten verschiedene in Betracht kommende Behandlungsalternativen aufzeigen. Versäumen sie dies, muss ein Patient die Rechnung unter Umständen nicht vollständig begleichen.

Was sind übliche Preise?

Oft begrenzen Verträge die Erstattung außerdem auf „angemessene“ Preise. Etliche Teilnehmer unserer Umfrage, unter ihnen Tom Urban (siehe links), berichten zum Beispiel, dass Rechnungen von Zahnlaboren oder Ergo- oder Physiotherapiepraxen auf die „übliche“ Vergütung gekürzt wurden. So eine Einschränkung ist rechtlich zulässig. Die Frage ist nur: Was ist üblich?

Manche Versicherer beziehen sich auf die beihilfefähigen Höchstsätze, also das, was der Staat seinen Beamten gewährt. Einige Gerichte sehen das als zulässig an (LG Köln, Az. 23 S 48/97; LG Trier, Az. 1 S 186/02). Verbindlich ist es aber nicht.

Manche Gerichte meinen, dass das Vergütungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung als üblich anzusehen sei, da 90 Prozent der Bevölkerung gesetzlich versichert sind. Dagegen spricht: Verträge kommen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf übergeordneter Ebene zustande. Die Kassen-Ausgaben sind durch Budgets

begrenzt, beim Zahnersatz gelten Festzuschüsse. Über die üblichen Preise, die ein Privatpatient direkt beim Physiotherapeuten oder Zahnarzt bezahlen muss, sagt das nichts aus.

Streitfall: Was enthält der Vertrag?

Welche Leistungen in welchem Umfang versichert sind, hängt vom individuellen Vertrag ab. Familie Sommerfeld aus Gelsenkirchen bekommt öfter zu hören: „Hierfür sieht der Tarif keine Leistung vor.“ Dabei geht es um Hilfsmittel wie ein Stehgerät für ihre schwerbehinderte Tochter Nele (siehe rechts). „Die Beihilfe hat fast alles bezahlt“, berichtet Vater Dirk Sommerfeld. Die Sommerfelds sind Beamte und erhalten für Neles Krankheitskosten 80 Prozent Beihilfe vom Dienstherrn. „Die Versicherung dagegen berief sich auf die Liste in unserem Vertrag, die diese Hilfsmittel nicht enthält.“

Klauseln, die die Leistung einschränken, müssen verständlich sein. Im Streitfall prüfen Gerichte, ob ein durchschnittlicher Kunde sie versteht, ob sie für ihn überraschend kommen oder den Versicherungsschutz so sehr einschränken, dass die Police damit praktisch wertlos ist. Ist das der Fall, ist die Klausel unwirksam, da sie den Versicherten unangemessen benachteiligt.

Geschlossene Hilfsmittelverzeichnisse – wie das im Vertrag von Nele Sommerfeld – sind grundsätzlich rechtens. Wenn nicht ganz klar ist, ob die Liste offen oder geschlossen ist, können Versicherte unter Umständen auch solche Hilfsmittel verlangen, die nicht ausdrücklich aufgeführt sind (OLG Frankfurt, Az. 7 U 249/95 zur Erstattung eines Heimbeatmungsgeräts). Ist die Aufzählung abgeschlossen, können sie das nicht (BGH, Az. IV ZR 29/03).

Streitfall: Gemischte Krankenanstalt

Ärger gibt es auch um Krankenhausaufenthalte. Sie sind oft teuer und die Versicherung muss nur zahlen, wenn die Krankheit nicht in gleicher Weise mit einer ambulanten Therapie geheilt oder gelindert werden kann. Allein deshalb, weil die ambulante Behandlung für den Patienten mit höherem Aufwand verbunden ist, muss ein Versicherer einen Klinikaufenthalt nicht bezahlen.

Ursache für Streit sind auch die sogenannten gemischten Krankenanstalten. Das zeigt der Fall unseres Lesers Eberhard Röll, der schwer asthmakrank ist (siehe S. 76).



Familie Sommerfeld

Streitfall Vertrag: Auf Kulanz angewiesen

Wenn die siebenjährige schwerbehinderte Nele eine Stehhilfe, einen Badewannensitz oder ein anderes Hilfsmittel braucht, wissen ihre Eltern, Nicole und Dirk Sommerfeld, vorher oft nicht: Ist das Hilfsmittel im Vertrag enthalten? Wer ist zuständig: Kranken- oder Pflegeversicherung? Und wie viel der Kosten trägt sie?

Das Problem: Der Krankenversicherungsvertrag enthält eine feste Liste von Hilfsmitteln. Was da nicht steht,

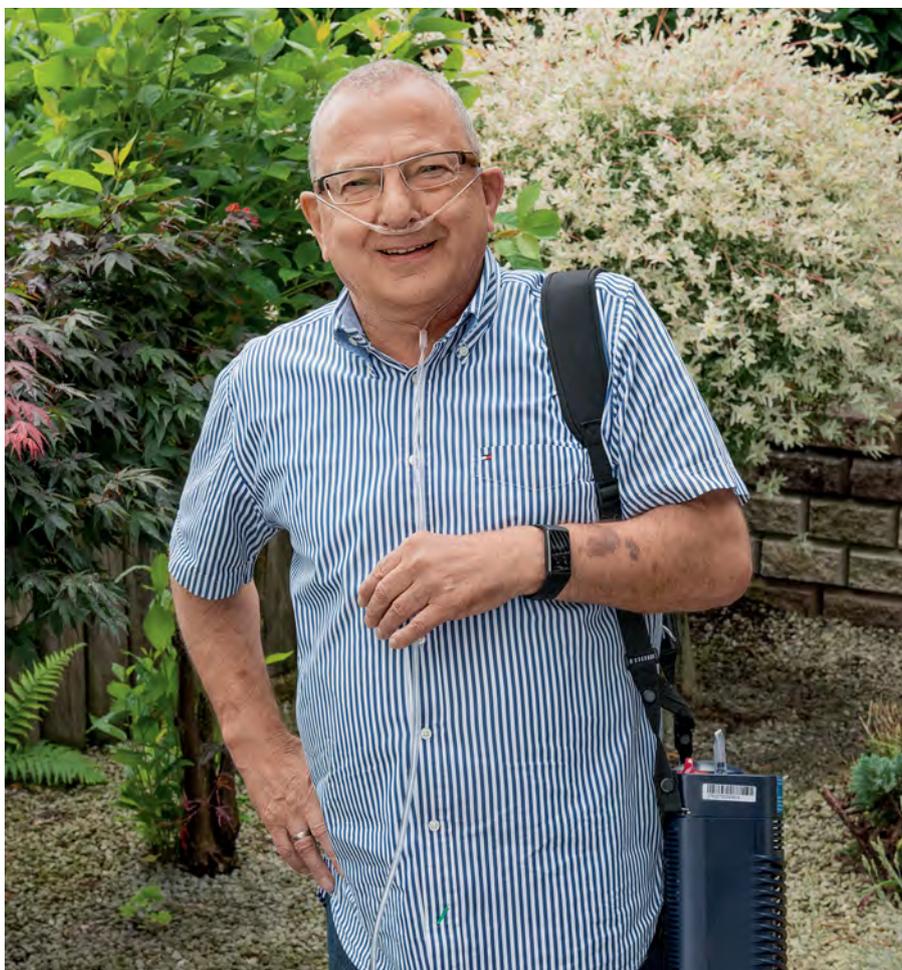
ist nicht versichert. Einiges zahlte der Versicherer aus Kulanz. Einen Rechtsstreit brach das Unternehmen ab, indem es den strittigen Betrag überwies. Die Pflegeversicherung zahlt für andere Hilfsmittel, etwa ein spezielles Bett.

Dirk Sommerfeld wünscht sich mehr Rechtssicherheit und weniger bürokratischen Aufwand. Auch für sich selbst: „Wer unterstützt mich mit Anträgen und rechtlichen Schritten, wenn ich im Alter auf Hilfsmittel angewiesen bin?“

Schon zweimal hat er Klinikaufenthalte aus eigener Tasche bezahlt. Sein Versicherer übernahm die Kosten für die Hochgebirgsklinik Davos nicht mehr. Denn als gemischte Krankenanstalt bietet sie neben der stationären Behandlung akuter Erkrankungen auch Kur- und Rehaleistungen an. Für solche Häuser müssen Patienten vorab die schriftliche Leistungszusage des Versicherers einholen. Der Versicherer will prüfen,

ob es sich um eine klassische Krankenhausbehandlung oder eher um einen Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt handelt. Letzteres decken Krankenversicherungsverträge in der Regel nicht ab.

Geht der Patient einfach so in eine solche Klinik, muss ein Versicherer nicht zahlen. Selbst dann nicht, wenn der Patient gar nicht wusste, dass es sich um eine gemischte Anstalt handelte. Das müssen sie vorher



Eberhard Röhl

Streit um Klinik: Akutbehandlung oder Reha?

Eberhard Röhl (60) ist sehr schwer an Asthma erkrankt und auf ein Sauerstoffgerät angewiesen. Zusätzlich ist seine Gesundheit durch die Folgen eines Schlaganfalls angegriffen. Er hat häufiger Streit mit dem Versicherer. „Ohne Rechtsschutzversicherung wäre das nicht möglich“, meint er.

Gerade gewonnen hat er in erster Instanz einen Prozess um einen Aufenthalt in der Hochgebirgsklinik Davos. „Ich war schon 27 Mal dort, weil nur die Behandlung in dieser Klinik meinen Zustand stabilisiert. In anderen Krankenhäusern verschlechterte sich mein Zustand teilweise sogar.“ Denn er ist so schwer erkrankt, dass er als medikamentös „austherapiert“ gilt.

Mehr als 20 Jahre lang zahlte die Versicherung die jährliche Behandlung in der Schweizer Lungenklinik. Doch

2013 kam die Mitteilung, dass noch ein letztes Mal aus Kulanz gezahlt werde. Da es sich um Reha-Maßnahmen handle und nicht um akute Krankenhausbehandlungen, lehnte der Versicherer die Kostenübernahme in den Folgejahren ab.

Röhl trug in den Jahren 2014 und 2015 die Klinikkosten von etlichen Tausend Euro selbst. Anschließend verklagte er seinen Versicherer auf Erstattung von rund 11 000 Euro für die Behandlung von 2014. Das Landgericht Hanau gab ihm recht (LG Hanau, Az. 4 O 745/14).

Wie gut Röhl's Chancen auf Erstattung für künftige Behandlungen in Davos sind, ist noch nicht einzuschätzen. Die Urteilsbegründung lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor. Außerdem hat das Gericht die Berufung gegen das Urteil zugelassen.

herausfinden, zum Beispiel anhand der Prospekte oder des Internetauftritts.

Doch Versicherte sind auch in diesem Punkt nicht völlig rechtlos. Es gibt Ausnahmen, in denen Unternehmen auch für Aufenthalte zahlen müssen, die sie nicht zuvor genehmigt haben:

- In lebensbedrohlichen Notfällen. Schwerverletzte oder Herzinfarktpatienten entscheiden oft gar nicht selbst, in welches Krankenhaus sie kommen.
- Wenn die angebotenen Kur- und Sanatoriumseinrichtungen mit der behandelten Erkrankung nichts zu tun haben, beispielsweise bei einer Blinddarmoperation (BGH, Az. IV ZR 6/71).
- Wenn der Behandlungserfolg nur in der betreffenden Klinik und nicht in einem „normalen“ Krankenhaus erzielt werden kann (BGH, Az. IVa ZR 206/80).

Eberhard Röhl hat vor dem Landgericht Hanau recht bekommen. Der Versicherer muss für seinen Klinikaufenthalt im Jahr 2014 rund 11 000 Euro nachzahlen.

Rechte und Pflichten von Patienten

Ein Versicherer muss in jedem Fall erst zahlen, wenn er alle nötigen Angaben hat. Ein Versicherter muss also

- Fragen beantworten,
- seine behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbinden, damit diese dem Versicherer Auskunft geben können,
- dem Versicherer vom Arztbrief bis zum Röntgenbild alle erforderlichen Informationen zugänglich machen,
- sich sogar ärztlich untersuchen lassen, falls der Versicherer seine Leistungspflicht sonst nicht beurteilen kann.

Doch ein Versicherter hat auch Rechte:

- Er muss Ärzte nicht generell von der Schweigepflicht entbinden oder Krankenakten uneingeschränkt preisgeben (Bundesverfassungsgericht, Az. 1 BvR 2027/02).
- Er kann seine Einwilligung jederzeit auf bestimmte Fälle beschränken oder sogar komplett widerrufen.
- Zu schmerzhaften oder mit Gesundheitsrisiken verbundenen Untersuchungen kann er nicht gezwungen werden.
- Unzumutbar können auch mehrfache Untersuchungen oder eine lange Anreise sein.
- Sein Versicherer muss Kosten erstatten, wenn er ihn zu einer ärztlichen Untersuchung schickt.
- Außerdem hat er Anspruch auf Einsicht in Gutachten und Stellungnahmen, die sein Versicherer eingeholt hat, um die medizinische Notwendigkeit seiner Behandlung zu prüfen.

Streit vermeiden

Vor der Behandlung. Fragen Sie Ihren Arzt, ob es seiner Erfahrung nach zu Problemen bei der Erstattung durch die Krankenversicherung kommen kann. Ist das der Fall, lassen Sie sich einen Kostenvoranschlag von Ihrem Arzt geben und reichen Sie diesen bei der Versicherung ein. Dies lohnt sich insbesondere bei Behandlungen, die voraussichtlich mehr als 2 000 Euro kosten. Dann ist die Versicherung verpflichtet, Auskunft über den Umfang ihrer Leistungen im konkreten Fall zu geben. Hält das Unternehmen die Frist von vier Wochen – in dringenden Fällen zwei – nicht ein, können Sie zunächst davon ausgehen, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist. Meint der Versiche-

rer später, das sei doch nicht der Fall, muss er dies vor Gericht beweisen.

Schriftform. Heben Sie alle Korrespondenzen gut auf und bestehen Sie bei mündlichen Zusagen auf schriftlichen Bestätigungen. Reagiert die Versicherung nicht auf Einwände, sollten Sie Einschreiben mit Rückschein nutzen, um sich im Streitfall darauf berufen zu können.

Rechnungen prüfen. Sie müssen Arztrechnungen nur insoweit bezahlen, wie sie mit den Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) übereinstimmen. Einmal gezahlt, kann es sein, dass Sie auf Ihren Kosten sitzen bleiben,

wenn die Versicherung sie nicht erstattet. Prüfen Sie deshalb Ihre Arztrechnungen. Hilfe bei der Rechnungsprüfung finden Sie online (Derprivatpatient.de/arzt/arztrechnung_pruefen) oder bei den Ärzten- und Zahnärztekammern der Bundesländer. Adressen der Kammern finden Sie im Internet: Ärzte (Baek.de) und Zahnärzte (Bzaek.de).

Dialog und Korrektur. Wenn Ihr Versicherer eine Rechnung nicht erstattet, fragen Sie, warum das Unternehmen abgelehnt hat und ob es weitere Unterlagen benötigt. Fragen Sie auch Ihren Arzt nach unklaren Kosten und bitten Sie ihn, wenn nötig, um die Korrektur der Rechnung.

Konflikte lösen

Belege nachreichen. Wenn Ihre Versicherung nicht mit der Einschätzung Ihres Arztes einverstanden ist, fordert sie oft eine ausführliche Erklärung von ihm zur Behandlung. Diese müssen Sie als Patient beschaffen und einreichen. Dabei darf die Versicherung aber nicht immer wieder neue Unterlagen anfordern, die sie auch von Anfang an hätte fordern können. Nach einem Monat können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des unstrittigen Teilbetrags von der Versicherung verlangen.

Fristen einhalten. Sind Sie mit der Entscheidung Ihrer Versicherung nicht einverstanden, können Sie noch innerhalb von drei Jahren Ihre Ansprüche geltend machen. Besser ist es, dies unverzüglich per Einschreiben zu tun. Bis Sie die endgültige Entscheidung erhalten, stoppt die Verjährung der Frist.

Ombudsmann. Auch die Beschwerde beim Ombudsmann stoppt die Verjährung. Diese außergerichtliche Schlichtungsstelle ist

die erste Anlaufstelle im Streitfall. Das Verfahren ist für Versicherte kostenlos und dauert derzeit zirka drei bis vier Monate. Obwohl das Ergebnis nicht bindend ist, folgen Versicherungen den Empfehlungen meist. Sollten Sie mit dem Verfahren unzufrieden sein, steht Ihnen der Klageweg weiter offen. Wenden Sie sich an den Ombudsmann private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 0222, 10052 Berlin, Telefon: 0800/255 0444, Pkv-ombudsmann.de.

Ansprüche durchsetzen

Rechtliche Hilfe. Wenn die Versicherung nicht zahlen will, obwohl ärztliche Begründungen nachgeliefert wurden, und auch der Arzt oder das Krankenhaus nicht von seiner Forderung abweichen will, sollten Sie sich von einem Anwalt beraten lassen. Suchen Sie möglichst nach einem Fachanwalt für Versicherungsrecht. Einen Anwalt in Ihrer Nähe finden Sie auf den Internetseiten der Anwaltskammern (Brak.de).

Verbraucherzentrale. Auch einige Verbraucherzentralen bieten eine Rechtsberatung für Privatversicherte an. Die Kosten erfragen Sie direkt bei den rund 200 Beratungsstellen. Die Adressen finden Sie im Internet (Verbraucherzentrale.de).

Kosten vor Gericht. Die Gerichtskosten sind von der Höhe des Streitwerts abhängig. Hinzu kommen Kosten für den Anwalt, Sachverständigengutachten sowie eventuell Rechtsanwaltskosten der Gegenseite. Bei teuren Behandlungen kann sich das auf mehrere Tausend Euro summieren. Aus diesem Grund kann es für privat Krankenversicherte sinnvoll sein, eine Rechtsschutzversicherung zu haben.

Streit mit dem Arzt. Um ihren Kunden das Kostenrisiko bei einem Rechtsstreit abzunehmen, bieten manche Versicherer Rechtshilfe an. Dabei bezahlt der Patient die Honorarforderung des Arztes nicht und erhält im Falle einer Klage rechtliche und finanzielle Unterstützung vom Versi-

cherer. Der Vorteil: Der Versicherte bleibt Herr des Verfahrens und kann sich zum Beispiel auch für einen Vergleich entscheiden, den die Versicherung abgelehnt hätte. Andere Versicherer bezahlen die strittige Forderung zunächst, verlangen dann, dass der Kunde ihnen seine Rückforderungsansprüche gegen den Arzt abtritt, und verklagen den Arzt dann selbst. So wird ein unbequemer Rechtsstreit zwischen Patient und Arzt verhindert.

Aufsicht. Über Ihren Krankenversicherer beschweren können Sie sich auch bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin): Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, Verbrauchertelefon: 0228/29 97 02 99, BaFin.de.

**Stiftung
Warentest**

Finanztest



**Zusatz-
information**

So urteilten Gerichte

Private Krankenversicherung. Muss der Versicherer zahlen oder nicht? Hier finden Sie Beispiele für Urteile. Ob sich ein Rechtsstreit lohnt, hängt immer vom Einzelfall ab.

Finanztest hat im Frühjahr 2016 ein Rechtsgutachten zum Umfang der Leistungspflicht in der privaten Krankenversicherung eingeholt. Darin enthalten waren zahlreiche Beispiele aus der Rechtsprechung zu verschiedenen Streitfällen von Privatpatienten.

Eine Auswahl führen wir hier auf. Es ist jedoch nicht möglich, Aussagen eins zu eins auf den eigenen Fall zu übertragen. Jede Krankheitsgeschichte ist anders und auch die Versicherungsbedingungen in den einzelnen Tarifen unterscheiden sich erheblich. Es kommt also immer auf die genauen

Umstände des Einzelfalls an – und darauf, welcher Argumentation die Richter die größere Bedeutung beimessen.

Versicherte sollten deshalb einen Fachanwalt für Versicherungsrecht zu Rate ziehen und dann abwägen, ob sie Zeit und Geld für einen Rechtsstreit aufwenden oder nicht. ■

Urteile

Leistungsgrenzen im Vertrag

Die Tarifbedingungen der Versicherer unterliegen genauso der gerichtlichen Kontrolle wie andere allgemeine Geschäftsbedingungen. Wenn eine leistungseinschränkende Klausel vor Gericht als unzulässig eingestuft wird, gilt sie als unwirksam. Der Versicherte hat dann unter Umständen Anspruch auf die strittige Leistung.

Als zulässig sah der Bundesgerichtshof (BGH) folgende Leistungseinschränkungen an:

- Abschließende Aufzählung erstattungsfähiger Hilfsmittel (BGH, Az. IV ZR 29/03).
- Höchstgrenzen für die Erstattung zahnärztlicher Sachkosten durch eine dem Tarif angehängte „Sachkostenliste“ (BGH, Az. IV ZR 244/04).
- Klausel in einem Elementartarif: Kosten sind nur dann in voller Höhe gedeckt, wenn der Patient zuerst zum Hausarzt, Augenarzt, Frauenarzt oder Kinderarzt geht. Andernfalls werden nur 80 Prozent der Kosten erstattet (BGH, Az. IV ZR 11/07).

- Begrenzung der Kostenerstattung für private Krankenhäuser auf 150 Prozent der nach dem Krankenhausentgeltgesetz vorgesehenen Beträge, sofern eine ausreichende Zahl von Privatkliniken diese Voraussetzung erfüllt (BGH, Az.: IV ZR 212/07).

- Ausschluss von therapeutischen Behandlungen einer Lese-Rechtschreib-Schwäche, Beschränkung logopädischer Behandlung auf Logopäden und Ärzte (BGH, Az.: IV ZR 28/08).

- Beschränkung der Erstattungsfähigkeit von Stimm-, Sprech- und Sprachübungen auf ärztliche Behandler, hier: Keine Kostenübernahme für „Atem-, Stimm- und Sprechlehrerin“ (BGH, Az. IV ZR 141/03).

- Kostenerstattung bei Zahnbehandlung nur nach vorheriger Leistungszusage (BGH, Az. IV ZR 3/94).

- Beschränkung der Psychotherapiekosten auf Arzt- und Krankenhausbehandlung, das heißt: keine Leistung für psychologische Psychotherapeuten (BGH, Az. IV ZR 305/04).

- Begrenzung der jährlichen Psychotherapiestunden auf 30 Sitzungen jährlich (BGH, Az. IV ZR 257/03).

- Beschränkung der Kostenerstattung auf Kosten nach den Grundsätzen der GOÄ/GOZ (OLG Karlsruhe, Az. 12 U 38/06, ebenso für zahnärztliche Behandlungen: LG Dortmund, Az. 2 O 268/12).

Unzulässige Klauseln:

- Beschränkung psychotherapeutischer Behandlungen auf 30 Sitzungen (oder 30 stationäre Behandlungstage) während der gesamten Vertragsdauer (BGH, Az.: IV ZR 137/98).

- Strittig ist, inwiefern die Beschränkung der Erstattungsfähigkeit von Brillengestellen auf solche „in einfacher Ausführung“ unwirksam ist. Das Landgericht (LG) Dortmund (Az. 2 S 39/10) hielt dies wegen Intransparenz für unwirksam. Versicherte wüssten nicht verlässlich, welcher Anspruch ihnen zustehen soll. Vor dem LG Wiesbaden wurde diese Klausel hingegen nicht beanstandet (Az. 1 O 139/12).

Urteile

Krank oder nicht?

Damit eine Behandlung als medizinisch notwendig gilt, müssen Patienten eine behandlungsbedürftige Krankheit haben. Dass dies der Fall ist, müssen sie im Rechtsstreit beweisen.

Es ist aber nicht nötig, dass die Beschwerden einer exakten Diagnose zugeordnet werden können (OLG Hamm, Az. 20 U 220/95 und LG Wuppertal, Az. 16 S 323/98 zum chronischen Erschöpfungssyndrom).

Bei Grenzfällen kommt es auf die Umstände des Einzelfalls an.

Als Krankheit anerkannt wurden im Einzelfall beispielsweise

- Aids, auch wenn noch keine Beschwerden bemerkbar sind (OLG Düsseldorf, Az. 4 U 38/91)
- Eileiterschwangerschaft (OLG Stuttgart, Az. 7 U 75/90)
- Fettleibigkeit (Adipositas), wenn sie ein bestimmtes Ausmaß erreicht (BGH, Az. IV ZR 175/77)
- Erektile Dysfunktion, sofern die Ursache dafür eine andere Krankheit ist (Bundesverwaltungsgericht, Az. 2 C 26/02 bei Prostatakarzinom, OLG Karlsruhe, Az. 12 U 32/03 bei koronarer Herzkrankheit).

Im Einzelfall nicht als Krankheit anerkannt wurden zum Beispiel

- einfache altersbedingte Fehlsichtigkeit (LG Mannheim, Az. 8 O 320/07, Kosten einer Lasik-Operation nicht erstattungsfähig)
- „Tränensäcke“ unter den Augen (LG Köln, Az. 24 O 212/81)
- Myom an der Gebärmutter ohne Wachstum (OLG Karlsruhe, Az. 12 U 181/83)
- Brustvergrößerung oder -verkleinerung wird in der Regel als kosmetische Maßnahme angesehen (OLG Karlsruhe, Az. 12 U 70/90). Wenn zu große und schwere Brüste Folgebeschwerden wie starke Schmerzen nach sich ziehen, kann eine Operation aber medizinisch notwendig sein (OLG Karlsruhe, Az. 12 U 14/94).
- Rein vorsorgliche Gendiagnostik, um feststellen zu lassen, ob ein genetisch erhöhtes Erkrankungsrisiko besteht (LG Stuttgart, Az. 13 S 131/12)
- Minderwuchs bei einem fünfjährigen Jungen, der voraussichtlich eine Endgröße von 1,64 Metern erreichen wird, ist keine Krankheit, keine Anomalie und auch kein körperlicher Schaden (OLG Hamm, Az. 20 U 115/85).

Urteile

Arzneimittel

Nicht alles, was Patienten in der Apotheke erhalten, ist ein Arzneimittel. Diskussionen mit dem Versicherer gibt es häufig darüber, ob es sich um Arznei- oder Nahrungsergänzungsmittel handelt.

Dabei kommt es darauf an, ob der Hersteller das Mittel als Arzneimittel zulassen lässt und anbietet, wie die Wissenschaft dazu steht und wie sich das Mittel von der Aufmachung und vom Beipackzettel her für einen Durchschnittsverbraucher darstellt (BGH, Az. 2 StR 374/00: Vitaminpräparate sind keine Fertigarzneimittel).

- Nicht als Arznei-, sondern als Lebensmittel gelten Erzeugnisse, die Mangelerscheinungen ausgleichen sollen und deren Wirkung auch über die normale Nahrung erzielt werden kann (EuGH, Az. C-319/05 zu Knoblauchkapseln).
- Ein Präparat ohne pharmakologische Wirkung, das lediglich der Leistungssteigerung für Sportler dient, ist kein Arzneimittel (BGH, Az. I ZR 112/05).
- Als Arzneimittel gelten dagegen Mittel, die als Medizin zur Linderung von Leiden verkauft werden, als Medikament zugelassen sind und im Arzneimittelverzeichnis „Rote Liste“ stehen (LG Frankfurt, Az. 2/1 S 69/96, zu Vitamin E- und Magnesiumpräparaten).

Urteile

Krankenhaus

Privatpatienten müssen vor Beginn der Krankenhausbehandlung über die Entgelte für Wahlleistungen informiert werden. Geschieht das nicht, ist die Vereinbarung insgesamt unwirksam. (BGH, Az. III ZR 233/94).

Der Versicherer muss auch dann nicht zahlen, wenn eine Wahlarztvereinbarung wegen einer fehlerhaften Stellvertreterregelung unwirksam ist (BGH, Az. III ZR 144/07).

Ein im Krankenhaus nicht fest angestellter Honorararzt kann sein Honorar für eine Operation im Krankenhaus dem Patienten nicht als Wahlleistung im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes in Rechnung stellen. Das Urteil des Bundesgerichtshofs betraf einen selbstständig tätigen Honorararzt, der in der Liste der Wahlärzte der Fachabteilung des Krankenhauses nicht genannt war – auch nicht als Vertreter (BGH, Az. III ZR 85/14).

Ein Krankenhausaufenthalt ist nur dann medizinisch notwendig, wenn die Erkrankung aller Voraussicht nach nicht in gleicher Weise mit einer ambulanten Therapie geheilt oder gelindert werden kann.

Die Notwendigkeit stationärer Behandlung bejahen Gerichte beispielsweise in diesen Fällen:

- Null-Diät wegen Adipositas (BGH, Az. IV ZR 175/77)
- Stationäre Psychotherapie bei schwerer depressiver Episode, Ängsten, psycho-physischem Erschöpfungssyndrom (OLG Brandenburg, Az. 6 U 42/09).

Nicht notwendig ist eine stationäre Behandlung, nur weil eine ambulante Therapie für den Patienten mit höherem Aufwand verbunden ist:

- Stationäre Anschlussreha nach Schlaganfall (OLG Koblenz, Az. 10 U 216/06).

Urteile

Ärzte müssen aufklären

Ärzte, Zahnärzte und Krankenhausbetreiber müssen ihre Patienten vor einer Behandlung nicht nur über die medizinischen, sondern auch die finanziellen Risiken aufklären.

Besucht ein Patient ein Krankenhaus, in dem – ohne dass er das weiß – neben dem regulären Krankenhaus (Plankrankenhaus) auch eine teurere Privatklinik angesiedelt ist, muss ihn der Klinikbetreiber darauf hinweisen. Dazu ist er zumindest dann verpflichtet, wenn er Anhaltspunkte dafür hat, dass der private Krankenversicherer die Behandlungskosten in der Privatklinik nur in der Höhe übernimmt, wie sie in der Privatstation des Plankrankenhauses angefallen wären (OLG Stuttgart, Az. 1 U 87/12).

Weiß ein Zahnarzt, dass der Krankenversicherer eines Patienten schon vor einer aufwendigen Zahnersatzmaßnahme Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit geäußert hat, ist er verpflichtet, dem Patienten mitzuteilen, dass er die Kosten eventuell alleine tragen muss (KG Berlin, Az. 6 U 261/98).

Auch wenn ein Zahnarzt lediglich begründete Zweifel hat, ob der Krankenversicherer die Kosten einer geplanten Behandlung erstatten wird, muss er dem Patienten vor Behandlungsbeginn die Wahl lassen. Der Patient muss abwägen können, ob er dieses Kostenrisiko eingehen oder auf die Behandlung verzichten will (OLG Karlsruhe, Az. 12 U 173/02).

Urteile

Alternativmedizin

Für alternative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden muss der Versicherer nur zahlen, wenn sie sich als ebenso erfolgversprechend bewährt haben wie schulmedizinische Methoden oder wenn, zum Beispiel bei unheilbaren Krankheiten, keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen und die Alternativtherapie zumindest eine begründbare Aussicht auf Linderung verspricht.

Im Einzelfall anerkannt wurde beispielsweise

- Akupunktur zur Schmerztherapie (LG Kleve, Az. 6 S 409/93)
- Autovakzinationstherapie bei unheilbarer HIV-Erkrankung (BGH, Az. IV ZR 133/95).

Im Einzelfall abgelehnt haben Gerichte zum Beispiel

- Akupunktur zur Löschung von Allergien (OLG Saarbrücken, Az. 5 U 804/98–71)
- Bioresonanztherapie (OLG Saarbrücken, Az. 5 U 804/98–71, OLG Koblenz, Az.10 U 355/01, Kammergericht Berlin, Az. 6 U 7063/97)
- Neurotopische Medizin (Injektionstherapie, AG Stuttgart, Az. 4 C 7373/94, AG Frankfurt am Main, Az. 32 C 721/95 – 22)
- Ayurveda (OLG Frankfurt am Main, Az. 16 U 139/93).