

URL: <http://www.capital.de/finanzen/versicherung-vorsorge/100005255.html?mode=print>



Foto: Photocase.com

Krankenversicherung

Sie zahlt - sie zahlt nicht

Böse Überraschung für Privatpatienten. Immer häufiger weigern sich die Versicherer, die eingereichten Rechnungen zu erstatten. Typisches Argument: Die Behandlung sei nicht erforderlich gewesen.

Ohne Heilpraktiker ging gar nichts mehr. Nur mit dessen regelmäßiger Hilfe ließ sich die chronische Hauterkrankung einer 50-jährigen Unternehmerin in Schach halten. Und um eben diese Behandlung weiterführen zu können, hatte die Privatpatientin bewusst einen etwas teureren Tarif gewählt.

Tatsächlich erstattete die Hallesche die Honorare für den Naturheilkundler anstandslos – bis vor wenigen Wochen die Kehrtwende kam. Begründung für den plötzlichen Zahlungsstopp: Die Behandlung sei nicht medizinisch notwendig.

„Insbesondere bei kostspieligen Therapien gibt es darum Streit“, beschreibt Matthes Egger, Fachanwalt für Versicherungs- und Medizinrecht in der Nürnberger Kanzlei Dr. Beckstein & Kollegen, eine branchenweite Tendenz. Auf diese Weise wollen die Gesellschaften offensichtlich angesichts steigender Krankheitskosten neue Sparchancen nutzen und Beitragserhöhungen vermeiden.

Die privaten Versicherer verweisen dabei auf Paragraph 1 des Versicherungsvertrages, wonach sie nur für medizinisch notwendige Behandlungen geradestehen. Die Frage, was darunter fällt, legen Versicherer mitunter großzügig im eigenen Interesse aus. Diese „Escape Klausel“ ist Bestandteil jeder Privatpolice. „Das ist die radikalste und erfolgreichste Strategie, um Kosten auf Kunden zu verlagern“, sagt der unabhängige Versicherungsberater Rüdiger Falken aus Hamburg. Der Paragraph gilt nämlich nicht nur für ambulante, sondern auch für stationäre Behandlungen. Ebenso betroffen ist das Krankenhaustagegeld, das Versicherer einfach verweigern, wenn sie einen Klinikaufenthalt im Nachhinein als überflüssig einstufen.

Doch auf Therapien, die erwiesenermaßen helfen, müssen Patienten nicht verzichten. Am besten sind ihre Chancen, wenn Krankheitsverläufe und Behandlungsschritte gut dokumentiert sind. Meist ungewohnt aber hilfreich: ein Gespräch mit dem Arzt, ob die vorgeschlagene Therapie den Leitlinien der Fachgesellschaften oder dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Lehnt dann die Versicherung wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit die Erstattung der Rechnung ab, kann der Kunde fundierter kontern.

Bei langwierigen Therapien ist wichtig, dass der Mediziner begründen kann, warum der Heilerfolg noch nicht eingetreten ist. Konkret: Warum haben sich die Blutwerte noch nicht normalisiert? Weshalb verschreibt er immer das gleiche Medikament, obwohl sich der Zustand des Patienten noch nicht gebessert hat?

Wie relevant Behandlungsunterlagen sind, zeigen Gerichtsurteile. So musste etwa ein Versicherer laut Landgericht Mainz (3 S 347/02) kein Krankenhaustagegeld überweisen, weil der Kunde weder den Abschlussbericht des Hospitals vorlegte noch die Klinikärzte von ihrer Schweigepflicht befreite. Egger: „Eine schlechte Behandlungsdokumentation erschwert den Nachweis medizinischer Notwendigkeit.“ Diese ist laut BGH gegeben, wenn eine Maßnahme zum Zeitpunkt der Behandlung geeignet ist, die Krankheit zu heilen oder zu lindern.

Häufig lehnen Versicherer Behandlungen auch mit dem Argument ab, dass es sich um Luxustherapien handle. Dies begründen sie mit Gerichtsurteilen – allerdings dann meist von unteren Instanzen, die oft freundlicher mit den Versicherungen umgehen als der Bundesgerichtshof (BGH).

Beispiel Zahnimplantate: Hier wird vielfach argumentiert, dass herausnehmbarer Zahnersatz eine gleichwertige und günstigere Alternative darstelle. Als Beleg sollen Urteile des Oberlandesgerichts Köln (5 U 94/97) und des Landgerichts Koblenz (12 S 33/04) dienen.

Wer Fehlsichtigkeit statt mit Brille oder Kontaktlinse per Laser dauerhaft beheben will, muss sich häufig anhören, dass dies keine medizinische, sondern eine kosmetische Operation sei. Auch hier folgt meist der Verweis auf versicherungsfreundliche Entscheidungen unterer Gerichte. „Sobald der Laser die Fehlsichtigkeit wenigstens vermindert, reicht das nach der Definition des BGH aber schon als Beleg für medizinische Notwendigkeit“, so Egger. Dabei dürfen die Kosten keine Rolle spielen.

Berater Falken kritisiert zudem die Taktik der Versicherer: „Unterstellen die Sachbearbeiter fehlende medizinische Notwendigkeit, behandeln sie ihre Kunden oft wie Simulanten.“ Ohnehin hält er die in der Branche üblichen Entscheidungen nach Aktenlage für unangemessen: „Nicht einmal ein Arzt könnte auf Grundlage von Rechnungen und Kurzdagnosen stets und ohne Weiteres feststellen, ob eine Therapie sinnvoll ist.“

Wer vor teuren, planbaren Behandlungen einen Kostenvorschlag beim Versicherer einreicht, erfährt rechtzeitig, wie viel der erstattet. Bei Ablehnung haben Privatpatienten als vorsorgliches Gegenmittel die Feststellungsklage. „Sie ist immer dann sinnvoll, wenn nach der Behandlung die medizinische Notwendigkeit voraussichtlich nicht mehr zu beweisen wäre“, weiß Anwalt Egger.

Wer sich auf eine nachträgliche juristische Auseinandersetzung einlässt, setzt auf das Prinzip Hoffnung: Liegt erst einmal eine Klage auf dem Tisch, prüfen die Versicherer nochmals und bieten dann teilweise einen Vergleich an, so die Erfahrung von Anwalt Egger. Es kann aber auch einen langwierigen Gang durch die Instanzen geben. Der kostet neben Zeit auch Nerven und – im Falle einer Niederlage – erhebliches Geld. Die Kundin der Halleschen Krankenversicherung überlegt noch, welchen Weg sie einschlägt.

Pro Patient

Der Bundesgerichtshof definiert die medizinische Notwendigkeit von Behandlungen tendenziell großzügiger als die unteren Instanzen.

Stationäre Behandlung in Privatkliniken (IV ZR 278/01). Hier haben die Richter klargestellt, dass mit der Formulierung „medizinisch notwendige Heilbehandlung“ der Versicherer die Leistungen nicht auf die kostengünstigste Behandlung beschränken darf (Paragraf 1, Absatz 2, Satz 1, Musterbedingungen KK 76). Beispielsweise dürfen Versicherte Privatkliniken aufsuchen.

Übernahme der Kosten für eine kieferorthopädische Maßnahme (IV ZR 131/05). Die Notwendigkeit wird nach dem zahnärztlichen Befund zum Zeitpunkt der Behandlung beurteilt. Wird eine Therapie als geeignet eingestuft, Beschwerden zu lindern oder zu beseitigen, muss die Versicherung zahlen. Medizinisch notwendig kann eine Behandlung auch sein, wenn der Erfolg nicht garantiert werden kann. Es genügt, dass eine Therapie aussichtsreich erscheint.

Alternativmedizin bei unheilbarer Krankheit (IV ZR 133/95). Der Versicherer hat auch Behandlungen jenseits der klassischen Medizin – sogar mit Außenseitermethoden – zu bezahlen. Allerdings muss objektiv feststehen, dass die Methode eine Krankheit lindern oder Verschlimmerung verhindern kann.

15.11.2006

von Barbara Bank

© 2006 capital.de
