

KOSTENERSTATTUNG

Erstattung von Laborkosten nach Sachkostenlisten und Leistungsverzeichnissen: Musterschreiben

von Rechtsanwältin Doris Mücke, Bad Homburg

| Die Erstattung zahntechnischer Laborkosten durch private Krankenversicherer (PKV) ist ein Problem, das immer öfter durch die Patienten an die Zahnarztpraxis herangetragen wird. Vor dem Hintergrund, dass die aktuell auf dem Markt angebotenen Zahntarife überwiegend vertragliche Preis- und Leistungsverzeichnisse bzw. Sachkostenlisten enthalten und die PKVen zum Teil erhebliche Kürzungen vornehmen, vermehrt sich in der Praxis der Erklärungsbedarf gegenüber den Patienten. Nachfolgend erfolgt daher ein kurzer Überblick über die Rechtslage. Der Beitrag schließt mit einem Musterschreiben, mit dem Sie betroffene Patienten unterstützen können. |

Sachkostenlisten müssen Vertragsbestandteil sein

Versicherer sind nur dann berechtigt, die Erstattung von Laborkosten auf der Grundlage von Sachkostenlisten vorzunehmen, wenn sie Bestandteil des Versicherungstarifs sind. Ansonsten sind die vom Labor berechneten angemessenen Laborkosten (§ 9 GOZ) zu den tariflichen Prozentsätzen zu erstatten.

Dennoch versuchen Versicherer immer wieder, Laborkosten auf Grundlage vertraglich nicht vereinbarter Preis- und Leistungsverzeichnisse vorzunehmen und so eine Kostendeckelung herbeizuführen. Diese Praxis ist nicht vertragsgemäß und sollte vom Versicherten nicht hingenommen werden, da die Verzeichnisse nur einen beschränkten Leistungsumfang haben und ihre vertraglich nicht vereinbarte Anwendung zu einem deutlich höheren Eigenanteil führt.

Für Verträge ohne Preis- und Leistungsverzeichnisse gilt die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs vom 12. März 2003 (Az. IV ZR/278/01), wonach die tatsächlich berechneten – angemessenen – zahntechnischen Laborkosten als Heilbehandlungsaufwendungen zu erstatten sind, sofern sie sich auf medizinisch notwendige Leistungen beziehen und die Höhe der Kosten nicht in einem auffälligen Missverhältnis zur erbrachten Leistung steht. Diese Rechtsprechung wurde von den Versicherern umgesetzt und in die Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgenommen (meist geregelt in § 5 Nr. 2 AVB).

Enthält der Versicherungstarif ein vertragliches Preis- und Leistungsverzeichnis oder eine vereinbarte Sachkostenliste, so besteht in der Regel ein erheblich beschränkter Versicherungsschutz. Ob ein Versicherungsnehmer bei Abschluss des Vertrages die Tragweite eines solchen tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnisses beurteilen kann, dürfte zweifelhaft sein. Die Tatsache, dass die in den Verzeichnissen enthaltenen Leistungsinhalte und Leistungsbezeichnungen in der Regel nicht identisch sind mit den Leistungsinhalten und -bezeichnungen der Leistungserbringer, macht die Kontrolle der Richtigkeit der Erstattung des Versicherers dem Patienten faktisch unmöglich. Selbst ein Fachmann stößt hier an seine Grenzen.

Erklärungsbedarf gegenüber Patienten, weil Kostenerstatter stark kürzen

Deutlich höherer Eigenanteil der Patienten

Grundsatz: Medizinisch notwendige Leistungen sind zu erstatten

Kontrolle der Erstattung durch den Patienten faktisch unmöglich

Wie können Sie Ihre Patienten bei der Erstattung unterstützen?

Den Patienten kann nur empfohlen werden, folgende Punkte bei der Abrechnung des Versicherers zu überprüfen und gegebenenfalls zu monieren:

Erstens: Ist das Preis- und Leistungsverzeichnis, auf deren Grundlage der Versicherer die zahntechnischen Laborkosten abrechnet, überhaupt vertraglicher Bestandteil des Versicherungstarifs?

Zweitens: Ist das Preis- und Leistungsverzeichnis, das Bestandteil des Vertrages geworden ist, „abschließend“? Enthält das Verzeichnis nämlich lediglich die – oder eine vergleichbare – Formulierung „Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind gemäß dem Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (vergleiche Anlage X) erstattungsfähig“, ohne gleichzeitig zu erklären, dass es die nach dem Tarif zu erstattenden zahntechnischen Leistungen **abschließend** benennt bzw. enthält, gilt es nur für die Leistungen, die dort enthalten und benannt sind (Beschluss des Amtsgerichts Köln vom 26. Juni 2014, Az. 118 C 159/14). Die nicht aufgenommenen, gleichwohl aber medizinisch notwendigen Behandlungsmaßnahmen sind nach dem tariflich geltenden Prozentsatz zu erstatten und nicht – wie es die meisten Versicherer handhaben – gänzlich von der Erstattung auszunehmen.

Da sich die Preis- und Leistungsverzeichnisse oft nach dem BEL der GKV ausrichten, sind zum Beispiel Implantatkronen, vollkeramische Versorgungen etc. unter Umständen nicht in den Verzeichnissen enthalten. Wurden beim Versicherten Behandlungsmaßnahmen ausgeführt, die nicht Bestandteil des Verzeichnisses sind, sollte der Patient dies überprüfen und die tarifliche prozentuale Kostenerstattung einfordern, sofern das Leistungsverzeichnis nicht ausdrücklich als „abschließend“ gekennzeichnet ist. Sie können Ihre Patienten mit folgendem Schreiben über die Sachlage aufklären:

■ Textblock für Musterschreiben zur Abrechnung und Erstattung zahntechnischer Laborkosten

Die von unserem zahntechnischen Labor berechneten Preise sind für die bei Ihnen zur Ausführung gelangten Leistungen individuell nach Arbeits- und Materialaufwand kalkuliert. Tarifliche Preis- und Leistungsverzeichnisse oder Sachkostenlisten privater Krankenversicherer orientieren sich dagegen oft am Leistungsumfang und den Preisen der gesetzlichen Krankenversicherung (BEL) und enthalten die bei Ihnen ausgeführten Arbeiten unter Umständen nicht. Sie sind hinsichtlich Leistungsumfang und Benennung der Leistungen sehr unterschiedlich. Die Kostenerstattung auf der Grundlage derartiger Preis- und Leistungsverzeichnisse ist für uns nicht überprüfbar. Wir möchten Ihnen zu einer bestmöglichen Erstattung verhelfen und empfehlen Ihnen daher, Folgendes zu überprüfen:

- Nur Preis- und Leistungsverzeichnisse bzw. Sachkostenlisten, die vertraglicher Bestandteil Ihres Versicherungstarifs sind, können vom Versicherer als Erstattungsgrundlage zugrunde gelegt werden. Bitte prüfen Sie daher, ob der Erstattung ein aktuelles Preis- und Leistungsverzeichnis zugrunde gelegt wurde.
- Erhält das Preis- und Leistungsverzeichnis keinen Hinweis darauf, dass die dort enthaltenen Leistungen **abschließend** genannt sind, unterliegen medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahmen bzw. Behandlungsmethoden, die nicht im Preis- und Leistungsverzeichnis enthalten sind, keiner Kostendeckelung und sind daher mit dem tariflichen Prozentsatz zu erstatten (vergl. z. B. AG Köln, Beschluss vom 26.6.2014, Az. 118 C 159/14)..

Ist das Verzeichnis Bestandteil des Versicherungstarifs?

Ist das Verzeichnis „abschließend“?

Implantatkronen, vollkeramische Versorgungen etc. oft nicht enthalten

↘ WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Den Text können Sie im Download-Bereich (pa.iww.de) unter „Musterschreiben“ aufrufen.



IHR PLUS IM NETZ
pa.iww.de
Musterschreiben