

Sehr geehrte Patienten,

immer mehr private Versicherungen versuchen sich der Kostenübernahme von Heilmitteln zu entziehen in dem sie nur noch Verträge mit z.B. 80%iger Kostenerstattungszusage und nicht aufgeführten Preislimits pro Behandlung für das jeweilige Heilmittel anbieten, rückwirkend Vertragsbedingungen ändern, gerechtfertigte Erstattungsansprüche kürzen und die Herausgabe Ihrer „Erstattungslisten über einseitige Tarifleistungen“ verweigern.

Leider haben manche Privatpatienten aufgrund falscher Informationen Ihrer Versicherung so schlechtere Leistungsansprüche als gesetzlich Versicherte.

Unten habe ich Ihnen deshalb nach bestem Wissen und Gewissen einige Urteile zusammengestellt, die sowohl die „Begrenzung auf den Beihilfetarif“, die „Erstattung nach ortsüblichen Preisen“ sowie die „Begrenzung auf von den Krankenkassen einseitig festgelegten Höchstpreisen“ untersagen.

Anzumerken ist, dass Physiotherapeuten Honorare bis zum 2,3-fachen Satz der VdaK - Patienten in Abrechnung bringen dürfen und diese von Ihrer privaten Krankenversicherung in der Regel zu erstatten sind.

Da die meisten Versicherungen bei der Begründung Ihrer Kürzung meist nur auf „allgemein gültige Rechtsprechung“ ohne Nennung eines Aktenzeichens oder auf „überhöhte Preise des Therapeuten“ verweisen, hoffe ich, dass ich Ihnen mit den Aktenzeichen der Gerichtsurteile, welche immer zu Gunsten des Versicherten gefällt wurden, eine kleine Hilfe an die Hand gegeben habe, um sich erfolgreich gegen Ihre private Krankenversicherung zur Wehr zu setzen.

Weiterhin habe ich Ihnen zum besseren Kopieren auf separaten Seiten noch 3 Musterschreiben zusammengestellt, wobei Sie jenes, welches am besten für Ihren Widerspruch geeignet ist, gerne für sich verwenden dürfen.

Sollten die Musterschreiben nicht ausreichen, genügt zumeist ein Zweizeiler Ihres Anwaltes an Ihre Versicherungsgesellschaft, diese zur vollen Erstattung je nach prozentualer Kostenerstattungszusage bei Vertragsabschluss zu veranlassen, sofern sich das Ihnen berechnete Behandlungshonorar im ange-messenem Rahmen hält und nicht über den 2,3-fachen VdaK - Satz hinausgeht.

P.S.:

Trotz der Tatsache, dass sich unser Behandlungshonorar deutlich unterhalb des 2,3-fachen VdaK - Satzes bewegt, lassen wir es uns auch weiterhin nicht nehmen, unsere Behandlungen mit deutlich höherem Therapieaufwand und längerer Behandlungszeit vorzunehmen als es dem vertraglich mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Pflichtstandard von lediglich 15 Minuten entspricht. (Vertragliche Regelungen mit den privaten Versicherungen gibt es nicht!!!)

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!

AG Frankfurt, 30.03.2009 (AZ: 29 C 2041/07-86)

Hier hat die Richterin im Sinne eines klagenden Patienten entschieden, dem die Deutsche Krankenversicherung **DKV** die Kostenübernahme für eine völlig angemessene Behandlungsrechnung unter Verweis auf eine Überschreitung der Beihilfesätze ablehnte. Auszug aus der Urteilsbegründung:

„Die Behauptung der Beklagten (Krankenversicherung), die abgerechneten Beträge seien überhöht, ist nicht hinreichend substantiiert. Die stete Bezugnahme auf die beihilfefähigen Höchstsätze vermag einen Angriff nicht zu begründen, da es auf die Üblichkeit und Angemessenheit der Preise für die Privatversicherten ankommt.“

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

Hier wurde die **AXA** 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** verhindern, die Gesamtheit ihrer Versicherungsnehmer von der Unwirksamkeit der veränderten Versicherungsbedingungen in Kenntnis zu setzen. Auch in diesem Punkt wurde ihr vom BGH ein Strich durch die Rechnung gemacht. 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 (vgl. 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 Bekannt werden dieses Urteils zur Information der Betroffenen beitragen kann.“

Bundesgerichtshof, 15.12.2003 (AZ: IV ZR 278/01)

Ein deutliches höchstrichterliches Urteil: Eine pauschale Honorarbeschränkungen auf eine aus Sicht der Privaten Krankenkasse “angemessene” Höhe ist nicht zulässig!

„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.“

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...“

OLG Karlsruhe, 06.12.95 (AZ: 13 U 281/93)

Verklagt wurde hier die **Central Krankenversicherung**

“...für solche Personen (Krankengymnastinnen) findet die GOÄ keine Anwendung; das folgt aus dem klaren Wortlaut von § 1 Abs. 1 GOÄ...”

“...Dem Sachverständigen ist darin zu folgen, dass das ortsübliche Entgelt für Privatpatienten auf den 2,3-fachen Satz, verglichen mit einer Leistung im Rahmen einer kassenärztlichen Behandlung, anzusetzen ist. Der unterschiedliche Berechnungssatz ist im Gesundheitswesen üblich und beruht auf einer grundverschiedenen Tarif- und Leistungsstruktur in der Privat- und gesetzlichen Krankenversicherung. Das medizinisch notwendige Maß i. S. von §5 Abs. 2 MBKK bestimmt sich für den Kläger daher danach, welches Entgelt er in seiner Situation als Privatpatient für die in Frage kommende Leistung aufbringen muss...”

AG Wiesbaden, 08.06.98 (AZ: 93 C 4624/97 -20-)

“...Das Gericht hält auch die Sätze, die nach den Beihilfavorschriften als erstattungsfähig angesehen werden, für nicht maßgebend. Es ist allgemein bekannt, dass zum Zwecke der Kosteneinsparung, auch bei ärztlichen Leistungen und Verordnungen von den Beihilfestellen teilweise Festbeträge angesetzt werden, die zum Teil unter den Sätzen liegen, die von den privaten Krankenkassen erstattet werden. Die privaten Krankenkassen bieten deshalb auch Ergänzungstarife für Beihilfeberechtigte an. Denn die geringeren Sätze der Beihilfe führen nicht dazu, dass der Privatpatient nur diese gegenüber seinem Arzt oder ähnlichen Behandler zahlen müsste...”

AG Frankfurt, 17.09.99 (AZ: 301 C 7572/97)

“...Auch eine Heranziehung der Beihilferichtlinien scheidet aus, da sie nicht die Wiedergabe der in der Praxis üblichen Vergütungssätze für die Behandlung von Privatpatienten sind. Da der beihilfeberechtigte Patient gegenüber dem Arzt bzw. dem Krankengymnasten als Privatpatient auftritt, scheint es auch ausgeschlossen zu sein, dass sich der Leistungserbringer bei der Festlegung seiner Vergütung an den Beihilfesätzen orientiert...”

LG II, München, 14.04.99 (AZ: II 11 O 7577/96)

“..., dass die von der Beklagten zugrunde gelegten bundesweit geltenden Beihilfesätze jedenfalls nicht geeignet sind, einen im Einzelfall zutreffenden Maßstab für einen örtlich üblichen Preis zu bilden...”

Weitere Urteile:

- 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 Mannheim, 29.03.2000 (AZ: 11 O 193/99)
- 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 Köln, 14.09.2005 (AZ: 129 C 91/05)
- 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)
- AG Hamburg, 10.10.2007 (20 A C 28/07)