

01.03.2015 GOÄ

Kürzungen durch PKV-Unternehmen unter Verweis auf die „medizinische Notwendigkeit“ – so können Sie reagieren

S. Hammerl



Worum geht es?

Wenn Patienten eine Rechnung über ärztliche Leistungen bei ihrer privaten Krankenversicherung einreichen, kommt es immer wieder zu Erstattungsverweigerungen unter Verweis auf die „medizinische Notwendigkeit“. Häufig geht es um alternativ- oder komplementärmedizinische Behandlungsansätze, aber auch um andere medizinische Sachverhalte. Damit muss man sich aber nicht in jedem Fall zufriedengeben, sondern kann sich abhängig vom konkreten Einzelfall zur Wehr setzen. Hier können Patienten und Chirurgen, die die Patienten häufig im Erstattungsstreit gegen die Krankenversicherung unterstützen, „in einem Boot“ sitzen. Auch der Behandler hat ein Interesse daran, dass die von ihm angebotenen Behandlungsmethoden gegenüber dem Patienten durch die Krankenversicherung erstattet werden und nicht von den Patienten auf eigene Kosten bezahlt werden müssen.

In den Leistungsabrechnungen oder Schreiben der Krankenversicherer, mit denen diese die Erstattung mit dem Argument der vermeintlich nicht vorliegenden „medizinischen Notwendigkeit“ verweigern, findet sich oftmals lediglich eine Kurzbegründung unter Verweis auf vermeintlich entgegenstehende gesetzliche Regelungen. Durch solche Formulierungen wird der Eindruck erweckt, es gebe einen abschließenden Leistungskatalog, in dem die betreffende Behandlungsmaßnahme nicht aufgeführt sei, sodass die Erstattungsverweigerung

rechters sei und man sich hiergegen nicht zur Wehr setzen kann.

Die Rechtslage

Die maßgebliche rechtliche Grundlage besteht in § 1 Abs. 1 S. 1 MB/KK. Die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung ist Teil der Versicherungsbedingungen für die private Krankenversicherung. Die Voraussetzung für die Erstattung findet sich dort die Forderung, dass die Behandlung so knapp und allgemein gehalten ist, wie die rechtliche Regelung es zulässt.

Des Weiteren bestimmt § 4 Abs. 6 MB/KK, dass von den überwiegend anerkannten Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden Arzneimittel zu erstatten sind, „die sich in der Praxis angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen“. Die private Krankenversicherung hat die Pflicht, die bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer oder komplementärmedizinischer Behandlungsmethoden in der privaten Krankenversicherung bestehen.

Die medizinische Situation im konkreten Fall ist entscheidend!

Rechtlich ist es immer eine Frage des konkreten Behandlungsbedarfs, ob eine medizinisch notwendig und erstattungsfähig ist oder nicht. Es fließen in das Krankheitsbild des Patienten sowie Anamnese und Befunde ein. Daher greift die Argumentation der Krankenversicherer pauschal ablehnen, ohne auf den konkreten medizinischen Sachverhalt einzugehen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Urteil des OGH (Aktenzeichen: 4 U 56/13). Hier wurde der Kostenerstattungsanspruch zumindest teilweise bejaht. Bemerkenswert ist die Begründung des Gerichts: Wenn eine bestimmte Behandlung in das Vertragsverhältnis aus der GOÄ auf die Leistungspflicht der privaten Krankenversicherung, die in das Leistungsverzeichnis aufgenommen ist, pauschal die „medizinische Notwendigkeit“ abgesprochen wird, ist die Vorgehensweise privater Krankenversicherer, auch wenn sie nicht wirkungslos und damit medizinisch nicht notwendig ist, zu berücksichtigen.

Mit dem Gutachten des Versicherers gehen!

Auch wenn sich die private Krankenversicherung auf eine Kostenübernahme bezieht, bedeutet dies nicht das Ende der Rechtsschutzmöglichkeit. Man kann einen Sachverständigen beauftragen, dessen Gutachten gegen das Gutachten der Versicherer.

In der Diskussion mit dem Krankenversicherer sollte sie abgespeisen lassen, ohne dass der Behandlungsfall in sei der Chirurg den Patienten auch in seinem eigenen Inte Behandlungsmaßnahme zu erreichen. Wenn es um alt Behandlungsmethoden geht, kann der behandelnde Ch besten die medizinische Notwendigkeit im konkreten Argumentation, desto größer die Erfolgsaussichten im

Kein frustrierender Aufwand

Um sowohl für den Patienten als auch für den Chirurgen gilt folgende Empfehlung: Wenn trotz genauer medizinischen Krankenversicherung an ihrer Erstattungsverweigerung intensiver Bemühung meist nicht mehr zum Erfolg. Auf oder Verlaufsberichte nachfordern, lassen sich diese in Erstattungsverweigerung in aller Regel nicht mehr um außergerichtlich mit dem Versicherer weiter zu diskutieren. Beschreitung des Rechtsweges und gegebenenfalls die Fachanwalt für Medizinrecht mit der anwaltlichen Vert

Praxishinweis

Seit einer Gesetzesänderung vor einigen Jahren gilt eine private Krankenversicherung nicht mehr an deren Sitz Patienten und vom Ort der beruflichen Tätigkeit des Chirurgen. Versicherungsnehmer die Klage an dem für seinen Wohnort insbesondere falls im Prozess Anhörungen vor Gericht Chirurgen nicht weit fahren müssen.

Aktuelle Entwicklung

Neuerdings mehren sich auch Fälle von Erstattungsverweigerung der Behandlungsmethode an sich wie etwa bei alternativen Bestreiten des Vorliegens einer hinreichenden Indikation. Indikationen für elektive Operationen als auch Anschluss Krankengymnastik betreffen. Wenn sich private Krankenversicherer besser einschätzen zu können als der behandelnde Chirurg sich darauf berufen, mit seiner fachärztlichen Ausbildung die medizinische Situation beim Patienten weit besser einschätzen ein von dieser beauftragter Gutachter „vom Schreibtisch

Hammerl S. Kürzungen durch PKV-Unternehmen unter Umgehung reagieren. Passion Chirurgie. 2015 März; 5(03): Artikel 1

Autor des Artikels



Dr. Siegfried Hammerl

Geschäftsführer

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co.KG

[> kontaktieren](#)