FRAGEN&ANTWORTEN 12.02.2016

F&A: Genereller Erstattungsausschluss durch eine private Krankenversicherung



Frage:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, nachdem er von einer privaten Krankenversicherung ein Schreiben mit dem Hinweis erhalten hat, dass seine Honorarrechnungen wegen unzumutbaren Prüfungsaufwands (fehlende medizinische Notwendigkeit sowie nicht GOÄ-konforme Abrechnung diverser Leistungen) zukünftig generell von einer Erstattung ausgeschlossen werden, ob dieser generelle Erstattungsausschluss rechtmäßig sei.

Antwort:

Bedauerlicherweise wird durch die gefestigte obergerichtliche Rechtsprechung ein genereller Erstattungsausschluss von Rechnungen eines bestimmten Arztes durch eine private Krankenversicherung grundsätzlich als rechtmäßig angesehen.

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen haben in § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK geregelt, dass keine Leistungspflicht besteht für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

Die Rechtsprechung hält diese Klausel in den Versicherungsbedingungen einheitlich für wirksam (vgl. OLG München, Urteil vom 07.12.1999 – 25 U 2049/99; OLG Koblenz, Urteil vom 26.05.2000 – 10 U 847/99; LG Dortmund, Urteil vom 12.12.2007 – 22 O 71/07; OLG Hamm, Urteil vom 05.12.2008 – 9 wU 89/08).

Ein wichtiger Grund für den Erstattungsausschluss liegt nach ständiger Rechtsprechung immer dann vor, wenn ein unverhältnismäßiger Prüfungsaufwand beim Versicherer durch die Liquidationen des Arztes entsteht (vgl. OLG München, Urteil vom 25.02.1998 – 21 U 4320/97, bestätigt durch den BGH, Beschluss vom 19.01.1999 – VI ZR 150/98; OLG Koblenz, Urteil vom 19.03.2010 – 10 U 1328/03). Ein solch unverhältnismäßiger Prüfungsaufwand kann beispielsweise dadurch entstehen, dass längerfristig und/oder bei einer Mehrzahl von Fällen medizinisch nicht notwendige Behandlungen erbracht werden oder bei mehrfach strittiger GOÄ-Abrechnung. Die aufgrund dessen stetig erforderliche Einholung von Gutachten durch den Versicherer zur Beurteilung der Erstattungsfähigkeit der eingereichten Rechnungen kann zur Unzumutbarkeit der Prüfung führen. Denn nachdem der private Krankenversicherer zur sparsamen Mittelverwendung verpflichtet ist, kann diesem aus Sicht der Rechtsprechung nicht zugemutet werden, jede einzelne Rechnung mit kostenträchtigen Gutachten überprüfen zu lassen (vgl. OLG Koblenz, Urteil vom 19.03.2010 – 10 U 1328/03). Bei einer derart kostenintensiven Prüfung ist der Versicherer somit nach Auffassung der Gerichte berechtigt, die Rechnungen eines bestimmten Arztes von der Erstattung generell auszuschließen.

Ein solcher, einmal rechtskräftig für wirksam erachteter, Rechnungsausschluss ist für den Arzt umfassend gegenüber sämtlichen Patienten dieses Versicherungsunternehmens und hat so lange Bestand, bis entweder der Versicherer den Ausschluss aufhebt oder sich anderweitig mit dem Arzt hinsichtlich der weiteren Behandlung

seiner Patientenrechnungen einigt (vgl. OLG Koblenz, Urteil vom 26.05.2000 – 10 U 847/99). Die Versicherung ist auch nicht verpflichtet, nach Ablauf einer bestimmten Zeit nach Erklärung des Ausschlusses in die erneute Überprüfung der Rechtmäßigkeit einzutreten. Der Ausschluss wirkt vielmehr unbegrenzt (vgl. OLG Hamm, a. a. O.).

Ob letztendlich die Gründe für einen solchen Erstattungsausschluss gerechtfertigt sind, muss stets im konkreten Einzelfall geprüft werden. Allerdings verspricht nach Auffassung des Verfassers ein gerichtliches Vorgehen des Arztes gegen die Versicherung regelmäßig keinen Erfolg. Die Gerichte haben nämlich in der Vergangenheit dem behandelnden Arzt grundsätzlich Ansprüche auf Unterlassung oder Widerruf der Ausschlusserklärung nach §§ 823 ff. BGB gegen die Versicherung verweigert. Auch ein wettbewerbsrechtlicher Unterlassungsanspruch aus §§ 8 Abs. 1, Abs. 3 Nr. 1, 3 Abs. 1 UWG wird durch die Rechtsprechung abgelehnt, da der Versicherer nicht im Wettbewerb mit dem Arzt steht und durch die Mitteilung nicht den Wettbewerb eines anderen Arztes begünstigt, sondern ein Handeln des Versicherers ausschließlich zur Förderung der eigenen wirtschaftlichen Betätigung stattfindet (vgl. LG Dortmund, a. a. O.; OLG Hamm, a. a. O.).

Natürlich kann der Arzt zunächst einmal versuchen, der Versicherung darzulegen, dass sich an der beanstandeten Behandlungs- und Abrechnungspraxis Änderungen ergeben haben, woraufhin die Versicherung dann aus Sicht des Verfassers verpflichtet wäre, die Ausschlussentscheidung erneut zu überprüfen.

Sollte die Versicherung allerdings ihre Ausschlussentscheidung nicht aufheben, bleibt folglich nach Ansicht des Verfassers in der Regel nur den jeweiligen Patienten die Klage gegen ihre Versicherung auf Erstattung der konkreten Leistungen bzw. auf Gewährung von Versicherungsschutz für diese Behandlungen. In einem solchen Klageverfahren würde sodann überprüft werden, ob die erbrachten Leistungen medizinisch notwendig und/oder richtig abgerechnet waren. Sofern hier dann positive Urteile zu Gunsten der Patienten ergehen, so könnte der Arzt abermals die erneute Überprüfung der Ausschlussentscheidung gegenüber der Versicherung beantragen.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass sobald der Arzt Kenntnis von einem solchen Erstattungsausschluss erhält, er verpflichtet ist, die hiervon betroffenen Patienten gemäß § 630c Abs. 3 Satz 1 BGB i. V. m. § 12 Abs. 4 M-BO vor der Behandlung schriftlich über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber aufzuklären, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch seine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist.