

PVK ist für die Behauptung, Laborpreise seien überhöht, darlegungs- und beweispflichtig!

Rechtsprechung

Landgericht Frankfurt hat mit Urteil vom 20. Februar 2002 (Az.: 2/1 S 164/01)

LG Frankfurt: PVK ist für die Behauptung, Laborpreise seien überhöht, darlegungs- und beweispflichtig!

Gibt der Zahnarzt beim zahntechnischen Labor für einen Privatpatienten eine Arbeit in Auftrag, so hat er gemäß § 9 GOZ gegenüber dem Patienten Anspruch auf Ersatz der ihm tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten. Es ist in der Rechtsprechung allgemein anerkannt, dass die Angemessenheit von Laborkosten für den Einzelfall zu ermitteln ist, das heißt: Es ist die Art, die Ausführung und der Zeitaufwand der konkreten zahntechnischen Leistung zu berücksichtigen (siehe dazu auch Privatliquidation aktuell Nr. 5/2002, Seiten 1 bis 3).

Der Erstattungsanspruch des Privatpatienten gegenüber seiner privaten Krankenversicherung deckt ebenfalls die angemessenen Heilbehandlungsaufwendungen ab. Der Aufwendungsersatzanspruch des Zahnarztes nach § 9 GOZ ist somit in der Regel identisch mit dem Erstattungsanspruch des Privatversicherten gegenüber seiner Krankenversicherung von vertraglich vereinbarten Eigenbeteiligungen einmal abgesehen.

Privatversicherer gehen von falscher Definition der üblichen Vergütung aus

Einige Krankenversicherer wie zum Beispiel die DKV argumentieren im Rahmen ihrer Erstattungspflicht nicht mit dem Begriff der **angemessenen** Heilbehandlungsaufwendungen, sondern machen geltend, der Versicherte hätte ihnen gegenüber lediglich Anspruch auf Erstattung der **üblichen** zahntechnischen Laborkosten. Die DKV hat in ihren Versicherungsbedingungen für die Erstattungsfähigkeit zahntechnischer Aufwendungen eine Regelung dahingehend getroffen, dass Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien erstattungsfähig sind, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

Die DKV behauptet, dass die BEL die übliche Abrechnungsgrundlage für zahntechnische Laborleistungen sei und somit die übliche Vergütung dieser Leistungen darstelle. Angesichts der Tatsache, dass bei 90 Prozent dies entspricht dem Prozentsatz der gesetzlich Versicherten aller in Deutschland abgerechneten zahnprothetischen Leistungen das BEL zu Grunde zu legen ist, sei es nur folgerichtig, die in der vertragszahnärztlichen Versorgung vereinbarten Höchstpreise zur Bestimmung der üblichen Preise heranzuziehen.

Dieses Argument verkennt jedoch die Definition des Begriffes der "üblichen Vergütung".

Die übliche Vergütung ist die für **gleiche oder ähnliche** Dienstleistungen an dem betreffenden Ort mit Rücksicht auf die persönlichen Verhältnisse gewöhnlich gewährte Vergütung. Es ist auf die Umstände des Einzelfalles abzustellen. Üblichkeit bedeutet allgemeine Verkehrsgeltung **bei den beteiligten Kreisen**. Da die gesetzlich Versicherten nicht zu den beteiligten Kreisen der privaten Krankenversicherung gehören, ist es verfehlt, die BEL als übliche Abrechnungsgrundlage bei Privatpatienten zu bezeichnen.

Landgericht Frankfurt: Rückgriff auf Gebühren der GKV nicht zulässig

Nicht nur bei der Erstattung zahntechnischer Laborkosten, auch bei physiotherapeutischen Leistungen (Krankengymnastik, Massage, Fango, Bewegungsübungen, Elektrotherapie etc.) greifen die privaten Krankenversicherer immer mehr auf die Gebühren der gesetzlichen Krankenversicherung zurück und rechnen ihre Leistungen auf dieser Grundlage ab. Oder sie orientieren sich an den Leistungshöchstsätzen der Bundesbeihilfe mit der Behauptung, die dortigen Gebühren würden in der ganz großen Mehrzahl aller Fälle abgerechnet und seien daher üblich.

Das Landgericht Frankfurt hat mit Urteil vom 20. Februar 2002 (Az.: 2/1 S 164/01) im Rahmen eines Rechtsstreites über die Erstattungspflicht des privaten Krankenversicherers bei physiotherapeutischen Leistungen ein erstinstanzliches Urteil des Amtsgerichts Frankfurt bestätigt und entschieden, dass bei der Ermittlung der üblichen Preise im Rahmen des privaten Behandlungs- und Versicherungsvertrages nicht auf die Gebühren der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgegriffen werden könne. Entgegen der Auffassung der beklagten Versicherung sei für die Ermittlung der angemessenen und ortsüblichen Preise für physiotherapeutische Leistungen allein auf die Gruppe der Privatversicherten abzustellen.

Beihilfesätze keine übliche Vergütung, daher kein Rückgriff möglich

Auch könne die Argumentation der beklagten Versicherung, die Kostenerstattung sei auf den Betrag zuzüglich 50 Prozent der Sätze zu begrenzen, die an Beihilfeberechtigte gezahlt werden, nicht gefolgt werden. Der Rückschluss, dass die staatlich festgesetzten Beihilfesätze der üblichen Vergütung entsprechen, sei in dieser Form nicht möglich. Die Festlegung der Beihilfesätze orientiere sich nicht an den tatsächlichen, dem Beihilfeberechtigten entstandenen Kosten, sondern folge einer Abwägung zwischen der Pflicht des Dienstherrn zur Fürsorge und der Eigenverantwortung des Beihilfeberechtigten.

Das Landgericht Frankfurt wies in seiner Entscheidung nochmals ausdrücklich darauf hin, dass die beklagte Versicherung für ihre Behauptung, die abgerechneten Preise seien überhöht, **darlegungs- und beweispflichtig** ist.

Urteil auf Erstattungspflicht bei zahntechnischen Laborkosten übertragbar

Diese Rechtsprechung lässt sich ohne weiteres auf die Frage der Erstattungspflicht des Krankenversicherers bei zahntechnischen Laborkosten übertragen. Der der Entscheidung des Landgerichts Frankfurt zu Grunde liegende Sachverhalt zeigt aber auch, dass private Krankenversicherer nicht nur im Bereich der zahntechnischen Versorgung, sondern auch in anderen Bereichen mehr und mehr dazu übergehen, ihre Leistungen auf das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung herabzusetzen. (Mitgeteilt von Rechtsanwältin Doris Mücke, Bad Homburg)