

Kürzungen bei Laborkosten durch die PKV: Wie können Sie sich wehren?

Kürzungen bei Laborkosten durch die PKV: Wie können Sie sich wehren?

Trotz der durch viele Gerichtsverfahren zwischenzeitlich herausgebildeten herrschenden Rechtsprechung, dass die vom Zahnarzt gemäß § 9 GOZ berechneten zahntechnischen Laborkosten zu erstatten sind, soweit sie unter Berücksichtigung der konkreten Arbeiten als angemessen anzusehen sind, nehmen private Krankenversicherungen nach wie vor Leistungskürzungen bei den zahntechnischen Laborkosten vor. Die Begründungen, die die Versicherer zur Rechtfertigung ihrer Leistungskürzungen anführen, sind vielfältig.

Durchschnitts- oder Mittelwerte: Ermittlung und zu Grunde gelegter Qualitätsstandard bleibt unklar

Im Vordergrund steht die Argumentation mit so genannten Durchschnitts- oder Mittelwerten, die die Versicherer hausintern auf Grund einer Vielzahl ausgewerteter zahntechnischer Rechnungen ermittelt haben wollen. Diese Durchschnittspreise sollen die Preise darstellen, zu denen zahntechnische Arbeiten angemessen vergütet sein sollen. Zum einen sind diese hausintern ermittelten Preise für den Versicherungsnehmer in keiner Weise nachvollziehbar, zum anderen bleibt völlig unklar, welcher Leistungs- und Qualitätsstandard diesen Mittel- oder Durchschnittswerten zu Grunde liegt.

Nach der herrschenden obergerichtlichen Rechtsprechung kommt es für die Ermittlung der Angemessenheit zahntechnischer Laborkosten aber gerade auf Art und Ausführung der konkreten Arbeiten an (vergleiche zum Beispiel OLG Düsseldorf, Urteil vom 7. Mai 1996, Az. 4 U 43/95; LG Dortmund, Urteil vom 5. Mai 1994, Az. 2 O 188/92; LG Stuttgart, Urteil vom 25. Januar 1995, Az. 18 O 483/94; OLG Stuttgart, Urteil vom 13. Mai 1996, Az. 7 U 40/95; OLG Celle, Urteil vom 10. Januar 2000, Az. 1 U 100/98, LG München, Urteil vom 19. September 2000, Az. 32 S 14623/98, LG Hamburg, Urteil vom 10. August 2000, AG Westerbürg, Urteil vom 27. September 2001, Az. 23 C 1605/99).

Erstattung nach eigenen Sachkostenlisten nur zulässig, wenn sie Vertragsbestandteil sind

Einige andere Versicherungen haben für sich eine so genannte Sachkostenliste entwickelt, die sie auch jedenfalls bei neueren Versicherungsverträgen als Vertragsbestandteil in den Versicherungsvertrag aufgenommen haben. Ein Versicherungsvertrag, der eine solche Sachkostenliste als Vertragsbestandteil enthält, ermöglicht es dem Versicherer, auf der Grundlage seiner Sachkostenliste abzurechnen.

Hierbei ist allerdings zu beachten, dass viele Versicherungen Sachkostenlisten erstellt haben, die nicht Bestandteil ihrer Versicherungsbedingungen und damit des Versicherungsvertrages sind, und dennoch auf der Grundlage dieser Sachkostenliste abrechnen. Soweit die Sachkostenlisten nicht Bestandteil des Versicherungsvertrages sind, gilt auch hier: Weil die konkrete Art der Ausführung der zahntechnischen Arbeit außer Acht gelassen wird, kann die Sachkostenliste nach der herrschenden Rechtsprechung nicht für die Abrechnung der Versicherungsleistungen maßgeblich sein.

DKV legt falsche Definition des Begriffes "Üblichkeit" zu Grunde

Eine ganz spezielle Argumentation wendet die DKV bei der Abrechnung zahntechnischer Laborkosten an: Laut ihren Versicherungsbedingungen stehen zahntechnische Aufwendungen in der Regel unter Versicherungsschutz, soweit sie den in Deutschland üblichen Preisen entsprechen. Die DKV argumentiert dahingehend, 90 Prozent aller Patienten seien gesetzlich versichert, so dass das im gesetzlichen Krankenversicherungsbereich vereinbarte BEL die üblichen Preise darstelle.

Diese Argumentation ist jedoch nicht mit der Definition des Begriffes Üblichkeit zu vereinbaren. Die übliche Vergütung ist die für **gleiche oder ähnliche Dienstleistung** an dem betreffenden Ort mit Rücksicht auf die persönlichen Verhältnisse gewöhnlich gewährte Vergütung. Es ist auf die Umstände des Einzelfalles abzustellen (BGH NJW RR 90,349). Üblichkeit bedeutet allgemeine **Verkehrsgeltung bei den beteiligten Kreisen** (BGH BB 69,1413; Palandt, BGB, § 612 Rnd. Nr. 8; § 632 Rnd. Nr. 8). Der DKV ist unter Beachtung dieser anerkannten Definition entgegenzuhalten: Die gesetzlichen Versicherten gehören nicht zu den beteiligten Kreisen der privaten Krankenversicherung. Die Üblichkeit von Preisen ist stets nur für Leistungen gleichen Standards zu ermitteln.

Auch die Behauptung der DKV, es gäbe nur einen einheitlichen Qualitäts- und Leistungsstandard, stimmt nicht

Es kommt auch für die Ermittlung der üblichen Preise auf den konkreten Leistungsstandard an. Hierzu führt die DKV das Argument an, es gäbe nur einen einheitlichen Qualitäts- und Leistungsstandard, da sämtliche Zahnärzte verpflichtet seien, lege artis zu behandeln, und es daher keinen Unterschied zwischen gesetzlich Krankenversicherten und Privatversicherten gebe.

Auch diese Argumentation ist wenig stichhaltig, da eine lege artis-Behandlung lediglich die Mindestanforderungen festlegt, die an eine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit zu stellen sind. Im Rahmen einer lege artis-Behandlung gibt es im Bereich der Zahnmedizin wiederum unterschiedliche Leistungsstandards, die zu berücksichtigen sind und die sich im Preis der zahntechnischen Leistungen niederschlagen. Im Vergleich zur BEL enthält das BEB eine Vielzahl qualitätsverbessernder Maßnahmen, die durchaus nicht als überflüssig, sondern als medizinisch notwendig einzustufen sind, da sie eine dauerhafte und effizientere Versorgung gewährleisten.

Wie kann der Zahnarzt der Argumentation der Versicherung entgegentreten?

Insbesondere im Rahmen einer gerichtlichen Auseinandersetzung gilt es der Argumentation der Versicherung entgegentreten und den konkreten Qualitätsstandard zahntechnischer Versorgung aufzuzeigen. Dazu gibt es mehrere Möglichkeiten:

- Zum einen sollte bereits auf die einzelnen Leistungspositionen der Laborrechnung verwiesen werden, die im Vergleich zum BEL qualitätsverbessernde Maßnahmen enthalten.
- Zum anderen sollte aufgezeigt werden, dass so genannte Durchschnitts- oder Mittelwerte generell den Qualitäts- bzw. Leistungsstandard der Arbeiten außer Acht lassen und daher nicht einschlägig für die Ermittlung der angemessenen Preise sowie die Abrechnung der Versicherungsleistung sein können.
- Des Weiteren ist anzuführen, dass die BEL im Bereich der Privatbehandlung gerade nicht die üblichen Preise darstellt, sondern dass es hier üblich ist, auf der Grundlage des BEB unter Berücksichtigung der Qualität der konkreten Arbeit individuell zu kalkulieren.

Fazit: Der unterschiedliche Leistungsstandard muss beispielhaft verdeutlicht werden

Das Argument privater Versicherungen, dass ein Privatpatient **allein wegen seines Versicherungsstatus** für gleiche Leistungen nach dem Willen des Ordnungsgebers nicht mehr bezahlen soll als ein gesetzlich Versicherter, ist einleuchtend. Es gilt daher, dieses Argument zu entkräften, indem der unterschiedliche Leistungsstandard beispielhaft verdeutlicht wird. Denn: Erhält ein Privatpatient eine ausreichende und zweckmäßige Mindestversorgung, wie sie § 28 SGB V für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vorschreibt, so sind auch bei einem Privatpatienten die Preise der BEL als ausreichend und angemessen anzusehen.

(Mitgeteilt von Rechtsanwältin Doris Mücke, Bad Homburg)