

Patienteninformation

Ablehnung der Erstattung durch PKV oder Beihilfe

Immer häufiger ist festzustellen, dass Erstattungsstellen, wie die privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen, von Patienten eingereichte Zahnarztrechnungen nicht in vollem Umfang anerkennen oder gar eine Bezahlung komplett ablehnen. Die Gründe für diese unerfreuliche Entwicklung sind sicherlich vielschichtig. Bei privaten Krankenversicherungen handelt es sich um Unternehmen, die ihren Anteilseignern eine möglichst wachsende Rendite für ihr eingesetztes Kapital erwirtschaften sollen. Dies kann dadurch geschehen, dass die Einnahmeseite und damit die Prämien erhöht werden, oder aber die Ausgabenseite minimiert wird. Aufgrund des schärferen Wettbewerbs im privaten Krankenversicherungsmarkt ist die Erhöhung der Prämien nur schwer durchsetzbar, womit der Fokus der Unternehmen vermehrt auf die Reduktion der Ausgaben gelegt wird. Um den Patienten als Versicherungskunden und letztendlich Betroffenen einer eingeschränkten Erstattungspraxis nicht zu verlieren, wird vermehrt der behandelnde Zahnarzt als Verursacher der nicht vorgenommenen Erstattung dargestellt. Ähnlich verhält es sich auch mit Beihilfestellen, wobei die Zielsetzung der Kostenreduktion bei diesen aus haushalterischen Gründen herrührt.

Da Sie als Patient und Versicherter auf Grund der Komplexität der Vorgänge den Aussagewert oftmals nicht einschätzen können, führt dies nachvollziehbar zu Verwirrung und vielleicht auch Misstrauen zu ihrem Zahnarzt. Um diesem vorzubeugen und das für eine erfolgreiche Behandlung so wichtige Zahnarzt – Patient – Verhältnis nicht nachhaltig zu zerstören, möchten wir Ihnen einige Grundlagen der Erstattungspraxis Nahe bringen, die es Ihnen erleichtern sollen, die Orientierung zu behalten.

1. Grundlage eines jeden Erstattungsanspruchs ist der Versicherungsvertrag und die gesetzlichen Grundlagen. Diese legen in § 192 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz fest, dass der Versicherer dazu verpflichtet ist, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten. Die Einzelheiten zum konkreten Umfang werden im jeweiligen Vertrag festgelegt. Jeder Versicherte sollte deshalb seinen Vertrag und den darin festgelegten Leistungsumfang kennen. Beihilfeberechtigte finden Hinweise zum Leistungsumfang in den einschlägigen Verwaltungsvorschriften der Beihilfestelle, die dort auch angefordert werden können.
2. Soweit die zur Erstattung eingereichte Leistung (beispielsweise Implantatversorgung) Bestandteil des Vertrages ist, hat der Versicherte grundsätzlich einen Anspruch auf Erstattung der in Rechnung gestellten Kosten. Eine komplette Ablehnung der Kostenübernahme durch die Versicherung wäre in diesem Fall vertragswidrig.
3. Wird von der Versicherung die Höhe der Rechnung in Frage gestellt, so ist dies nur zulässig, wenn die Rechnung nicht nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte erstellt wurde. Soweit hier Streitpunkte bestehen, kann auch die Landes Zahnärztekammer hinzugezogen werden.
4. Für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung ist allein der Zahnarzt zuständig. Er kennt das Krankheitsbild des Patienten und kann daraufhin in Absprache mit diesem eine geeignete Therapie suchen. Die privaten Krankenversicherungen, aber auch die Beihilfestellen, versuchen jedoch immer wieder, Therapien in Frage zu stellen.

Hierzu bedienen sie sich oft sogenannter Beratungszahnärzte, die von der Versicherung oder der Beihilfestelle bezahlt werden und eine Stellungnahme zu der medizinischen Notwendigkeit der Therapie abgeben. Dies erfolgt in den meisten Fällen ohne den Patienten je gesehen zu haben. Unter Hinweis auf diese Stellungnahme wird dann die Erstattung abgelehnt. Da in diesem Stadium die Gesprächsbereitschaft der Versicherung oder Beihilfestelle schon stark abgenommen hat, ist es zu empfehlen, schon wenn die Versicherung oder Beihilfestelle Unterlagen beim Zahnarzt oder Patienten anfordert, in Abstimmung zwischen Zahnarzt und Patient bei möglichen Streitfragen eine Begutachtung durch einen neutralen und hoch qualifizierten Gutachter der Landeszahnärztekammer anzubieten. Damit wird eine Parteilichkeit und ein damit verbundenes entsprechendes Ergebnis der Begutachtung von vornherein ausgeschlossen.

5. Der Patient sollte gerade bei sich abzeichnenden Streitigkeiten über die medizinische Notwendigkeit von therapeutischen Maßnahmen das Gespräch mit seinem Zahnarzt suchen. Dieser kann einem Patienten besser als jeder Dritte erläutern, welche medizinischen Gesichtspunkte für die Therapieentscheidung maßgeblich waren.
6. Nach § 192 (8) Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kann der Versicherungsnehmer vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2 000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
7. Sollte eine Stellungnahme eines Beratungszahnarztes der Krankenversicherung oder der Beihilfestelle bereits eingeholt worden sein, so bekommt der Patient meist nur das Ergebnis mitgeteilt. Der Patient als Versicherter hat jedoch nach § 202 Versicherungsvertragsgesetz das Recht darauf, Einsicht in die Stellungnahme des Beratungszahnarztes zu nehmen. Dieses Einsichtsrecht kann der Patient auch auf seinen Zahnarzt übertragen. Dies hätte den Vorteil, dass die Stellungnahme mit ihrem Zahnarzt besprochen werden kann, der ihnen auch mitteilen kann, warum er die Therapie möglicherweise anders gewählt hat, als dies der Beratungszahnarzt vorschlägt. Dabei ist zu betonen, dass die private Krankenversicherung oder die Beihilfestelle nicht dazu berechtigt sind, eine Therapie vorzuschreiben! Die Wahl der Therapie bleibt einzig dem Zahnarzt in Abstimmung mit seinem Patienten vorbehalten.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich an die Mitarbeiter der Landeszahnärztekammer BW.

LZK BW