

Private Krankenversicherer

Erstattung der Material- und Laborkosten

Welcher Zahnarzt kennt das Problem nicht: Der Patient ist verunsichert, weil seine private Krankenversicherung die vollständige Erstattung der Material- und Laborkosten verweigert, da diese angeblich unangemessen hoch seien. Oft entsteht beim Patienten der Eindruck, sein Zahnarzt rechne Gebühren ab, die ihm nicht zustehen, und verweigert die vollständige Zahlung der Material- und Laborkosten. Der folgende Beitrag zeigt unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung auf, was Sie als Zahnarzt beachten müssen, um dem Einwand des Patienten erfolgreich entgegenzutreten.

Dr. Kathrin Nahmmacher



die Autorin:

Rechtsanwältin Dr. Kathrin Nahmmacher ist Fachanwältin für Medizinrecht und seit mehreren Jahren auf die Beratung von Ärzten, Zahnärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen spezialisiert.

Den Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen regelt § 9 GOZ, wonach der Zahnarzt dem Patienten neben den für die eigentliche zahnärztliche Leistung vorgesehenen Gebühren die ihm tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnen kann. Das Merkmal der „Angemessenheit“ nehmen die Privaten Krankenversicherungen zunehmend zum Anlass, die Kostenerstattung gegenüber den Versicherungsnehmern zu begrenzen. Häufig wird hierbei auf selbst erstellte Leistungsverzeichnisse bzw. Sachkostenlisten verwiesen, auf das BEL II oder die BEB Bezug genommen oder aber pauschal die Unangemessenheit der Preise des zahntechnischen Labors behauptet. Es gilt nun zu differenzieren: Hat der Patient einen Versicherungsvertrag, der ausdrücklich eine Beschränkung bei der Erstattung von Laborkosten vorsieht und in den eine Sachkostenliste wirksam einbezogen worden ist, oder beruft sich der Versicherer bei der Begrenzung der Erstattung nur allgemein auf die Unangemessenheit der Kosten des zahntechnischen Labors, ggf. unter Hinweis auf das BEL II oder die BEB.

Sachkostenlisten grundsätzlich zulässig

Im ersten Fall war bislang streitig und durch die Gerichte nicht einheitlich entschied,

ob die Leistungsbegrenzung durch eine derartige Sachkostenliste überhaupt statthaft ist. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat diese Frage in seiner Entscheidung vom 18.01.2006 (Az. IV ZR 244/04) nun – leider – zugunsten der Privaten Krankenversicherungen entschieden. In dem Leitsatz dieser Entscheidung stellt der BGH fest: „Die Erstattungsfähigkeit zahnärztlicher Sachkosten kann durch Einführung von Höchstgrenzen unter Anknüpfung an bestimmte Leistungen in einer dem gewählten Tarif angehängten sogenannten Sachkostenliste beschränkt werden.“ Es läge kein Verstoß gegen das Transparenzgebot (§ 307 Abs. 1 S. 2 BGB), ebenso wenig wie gegen das sog. Überraschungsverbot (§ 305 c Abs. 1 BGB) oder andere AGB-Grundsätze. Nach Ansicht des BGH seien „im Hinblick auf den auch im Interesse des einzelnen Versicherungsnehmers liegenden Zweck der Sachkostenliste, dem Versicherer eine sichere, vertretbare Prämiengestaltung zu ermöglichen und so die Prämie niedrig zu halten, die Belange des Versicherungsnehmers hinreichend berücksichtigt“. Die Entscheidung des BGH stößt bei den betroffenen Kreisen vielfach auf Unverständnis. Der dem Urteil zugrunde liegende Sachverhalt verdeutlicht exemplarisch, welche finanziellen Auswirkungen die Sachkostenliste des Versicherers für den Pa-