

► Berufsunfähigkeit

KRANKENVERSICHERUNG

Fallstricke bei Arzthonoraren

Nach der Statistik sind die Krankenversicherer der Buhmann der Assekuranz: Von 10 000 Kunden beschwerten sich im Schnitt 1,19 pro Jahr bei der Aufsichtsbehörde Bafin – weit mehr als in allen anderen Versicherungssparten. Allerdings nimmt der Kunde diese Leistungen auch häufiger in Anspruch. „Angesichts von fünf und mehr Kundenkontakten pro Jahr liegen wir noch auf einem niedrigen Niveau“, behauptet Christian Weber, Sprecher des Verbands der privaten Krankenversicherung.

Doch innerhalb der Branche gibt es große Unterschiede: Axa zieht mit

einem Jahresdurchschnitt von 2,95 Beschwerden je 10 000 Versicherte besonders viel Unmut auf sich, DEVK und Debeka hingegen bestechen durch Werte von 0,27 beziehungsweise 0,42.

Wie in der Berufsunfähigkeitsversicherung haben falsche oder fehlende Gesundheitsangaben in den Anträgen die gravierendsten Folgen. „Bei mehr als der Hälfte aller Versicherten könnten in der Anfangszeit die Verträge aus diesem Grund angefochten werden“, vermutet Versicherungsberater Rüdiger Falken. Sein Kollege Frank Begas ergänzt: „Wer einmal rausgeflogen ist, findet nur schwer eine neue Gesell-

schaft.“ Diese Privatpatienten bleiben womöglich für den Rest ihres Lebens schutzlos, weil auch der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung versperrt ist. Den Ausgestoßenen bietet sich nur dann eine neue Chance, wenn sie durch einen beruflichen Ein- oder Umstieg zu Pflichtmitgliedern bei den Kassen werden.

Richterlicher Beistand. Am häufigsten entzündet sich Streit – neben Beschwerden über steigende Beiträge – an der Kostenerstattung für Arztrechnungen. Versicherer verschanzen sich dabei hinter zwei Bollwerken: Die Behand-

Kleinkind mit Kündigung gedroht

Magnus ist erst ein Jahr alt und beinahe schon unerwünschte Person in der privaten Krankenversicherung. Wegen angeblich falscher Angaben zur Gesundheit annullierte die Axa den Vertrag des Säuglings: „Leider ist es nicht möglich, eine Fortführung anzubieten“, wehrte der Versicherer den Protest der Eltern Elke und Gerd Wilhelm ab. Erst als Capital sich einschaltete, gab er nach und nahm „aus Kulanzgründen den Rücktritt zurück“.

Im Stress nach der Geburt hatte die Familie ihren Sohn erst nach drei Monaten bei der Axa angemeldet. „Ein Fehler“, weiß Werbekauffrau Wilhelm heute. Denn der Nachwuchs hat nur zwei Monate freien Eintritt in die Privatversicherung. Danach ist eine Risikoprüfung fällig – und die hat bei Kleinkindern besondere Tücken.

Die Axa warf den Eltern vor, sie hätten eine schiefe Haltung und eine Verformung des Kopfes bei ihrem Kind verschwie-

Kampf um Schutz.

Elke Wilhelm musste vor einem Rauswurf ihres Sohnes Magnus bei der Axa Kranken Angst haben.



gen. „Wir haben eindeutig erst nach dem Versicherungsantrag festgestellt, dass mit dem Jungen etwas nicht stimmt“, sagt Elke Wilhelm empört. Selbst als die Eltern sechs Monate nach der Geburt Verdacht schöpften, winkten Ärzte der Uniklinik Mainz noch ab: Magnus sei ein Schreikind wie viele kleine Jungen, das werde sich auswachsen. Ein Spezialist stellte schließlich fest, dass ein verklemmter Halswirbel die Beschwerden auslöste und sorgte für schnelle Besserung.

Doch plötzlich zahlte Axa keine Rechnungen mehr. „Auf Nachfragen hieß es immer:

„Alles in Ordnung, sonst würden wir uns melden“, erinnert sich Elke Wilhelm. Vier Wochen später traf die Kündigung ein. Die Familie blieb nach eigenen Angaben zunächst auf Behandlungskosten von rund 2500 Euro sitzen.

Magnus ist längst wieder gesund. Ein Rauswurf bei Axa hätte Familie Wilhelm langfristig geschädigt. Ihr Versicherungsberater Frank Begas weist darauf hin, dass sich in solchen Fällen nur schwer ein anderer Krankenversicherer finden lässt: „Magnus wäre wohl bis zum Berufseintritt unversichert geblieben.“

Wer fragt fair?

Das Versicherungsanalysehaus Morgen & Morgen untersuchte die Gesundheitsfragen der Krankenversicherer:

► **Kategorie A:** 32 Versicherer begrenzen die Auskunftszeiträume auf höchstens zehn Jahre.

► **Kategorie B:** Sechs Versicherer fragen unbegrenzte Zeiträume ab und erfordern erhöhte Achtsamkeit bei den Antworten. Dabei handelt es sich um Axa, BBKK, Globale, Provinzial, Süddeutsche und UKV.

Fotos: Jerg Ladwig, Masritius

lung sei medizinisch nicht notwendig oder könne mit preiswerteren Methoden durchgeführt werden. Doch letzteres Argument zieht nicht mehr. Der Bundesgerichtshof hat entschieden, dass sich die Erstattung nicht mit dem Hinweis auf kostengünstigere Alternativen kürzen lässt (Az: IV ZR 278/01).

Ungeachtet dessen müssen Patienten aber dafür sorgen, dass Arztkosten nicht ungebremst über den üblichen 3,5fachen Gebührensatz hinauswachsen. Denn Versicherte sind verpflichtet, den Schaden zu mindern – also auch ein überhöhtes Honorar des Arztes zu vermeiden. Die BGH-Richter setzen die Obergrenze für Wucher bei dem Doppelten der üblichen Forderungen an.

Ende der Großzügigkeit. Hat die Gesellschaft die Erstattung eines überhöhten Arzthonorars gekürzt, wagen es nur die wenigsten Patienten, sich mit dem Mediziner wegen der Rechnung auseinanderzusetzen. Die Mehrheit zahlt lieber stillschweigend drauf. Wer vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan vom Arzt fordert, kann damit beim Versicherer gleich Klarheit über die Kostenübernahme schaffen.

Bei psychotherapeutischen Behandlungen müssen viele Versicherte mit einem Eigenanteil von rund 50 Prozent und mehr rechnen: Ihnen werden mitunter nur 20 bis 30 Stunden im Jahr erstattet, der Rest geht auf ihre Kosten.

Keinesfalls können sie sich darauf verlassen, dass ein Versicherer auch künftig alle Leistungen bezahlt, die er in den Vorjahren aus Kulanz erstattet hat.



Teure Alternativen. Die Kosten für Chiropraktiker tragen viele Versicherte selbst.

◆ Krankenversicherung: Top & Flop

Durchschnittliche Anzahl der Beschwerden
2000 bis 2002 je 10 000 Versicherte*



Wenn das Unternehmen plötzlich knauseriger wird und Sparappelle an die Sachbearbeiter ausgibt, entdecken Kunden verärgert, dass zum Beispiel Brillengläser aus Kunststoff oder Inlays für Zähne in ihrer Police gar nicht versichert sind.

Ein abruptes Ende der Großzügigkeit kann ein Privatpatient auch selbst

auslösen: Solange er weit weniger Kosten verursacht, als er Prämie zahlt, gucken Versicherer nicht so genau hin, berichtet Falken. Steigt der Aufwand jedoch stark, können Leistungen, die früher gezahlt wurden, gestrichen werden. Der Versicherte hat das Nachsehen. Falken: „Für Kulanz gibt es kein Gewohnheitsrecht.“

Rezepte gegen gekürzte Erstattungen

Privatpatienten können keineswegs darauf bauen, dass ihr Versicherer stets für umfassenden Schutz zahlt: In den Gesundheitsfragen und Arztrechnungen stecken die wichtigsten Hindernisse auf dem Weg zur Kostenerstattung.

Stolperstein

Wie Sie Ihre Ansprüche wahren

Fehlerhafte oder unvollständige Gesundheitsfragen

Am besten vorbeugen: Konsultieren Sie Ihre Ärzte und lassen Sie sich die Unterlagen zeigen, die der Versicherer erhält. Bei Unsicherheiten sollten Sie auf dem Antrag vermerken: Zur Klärung sind die Ärzte zu befragen.

Vermittler verharlost Bedeutung der Gesundheitsfragen

Sie sollten die Fragebögen nicht vom Vermittler ausfüllen lassen, sondern sie selbst studieren und sich Zeit für genaue, wahrheitsgetreue Auskünfte nehmen.

Mündliche Absprache mit dem Vermittler

Der Vermittler eines Versicherers gilt als dessen Vertreter. Absprachen und Zusätze mit ihm sind bindend. Sie sollten diese aber im Beratungsprotokoll vermerken. Klären Sie gegebenenfalls unter Zeugen, ob bisherige und eventuelle künftige – auch alternative – Behandlungsformen vertraglich gedeckt sind.

Keine Erstattung wegen kostengünstigerer Behandlungsalternativen

Weisen Sie den Versicherer auf das neue BGH-Urteil hin (Az: IV ZR 278/01). Demnach sind lediglich Wucherpreise für medizinische Leistungen von der Erstattung ausgenommen. Wucherdefinition im BGB (§138): Honorare, die das Doppelte des Üblichen ausmachen.

Keine Erstattung wegen fehlendem Beleg für medizinische Notwendigkeit

Der BGH hat die Pflicht zur Kostenübernahme auf alternative Therapien ausgedehnt, die ebenso wirksam sind wie die Schulmedizin. Heilpraktikerrechnungen sind dann zu übernehmen, wenn es keine traditionelle Behandlung gibt (Az: IV ZR 60/01 und IV ZR 119/91).

Versicherer streicht das Krankentagegeld, sobald der Arzt Berufsunfähigkeit attestiert

Bei einem Attest auf BU entfällt meist sofort das Krankentagegeld, bis zur Invalidenrente können aber noch Monate verstreichen. Bescheleunigen Sie die Anerkennung: Sorgen Sie dafür, dass die Unterlagen schnell komplett sind. Krankentagegeld wird je nach Tarif nur bei voller Arbeitsunfähigkeit gezahlt: Vorsicht auch bei kleinen beruflichen Einsätzen, Versicherer beauftragen manchmal Detektive.

Krankentagegeld wird wegen geringerem Verdienst gekürzt

Das private Krankentagegeld ist bei einigen Verträgen auf das monatliche Nettoeinkommen als Obergrenze beschränkt. Wenn Sie einen höheren Betrag versichert haben, kürzt der Versicherer die Leistung entsprechend. Prüfen Sie also besonders bei gesunkenem oder schwankendem Einkommen, ob Sie zu hohe Prämien zahlen.