

Hinweise für Privatpatienten

Privatpatienten waren gegenüber den Kassenpatienten bislang schlechter gestellt, wenn es um die Verordnung eines CPAP-Gerätes ging. Sofern sich nämlich der private Krankenversicherer auf die Rechtsprechung des BGH aus dem Jahre 2004 bezog, musste der privat Versicherte befürchten, das Gerät ohne eine Möglichkeit der Erstattung aus eigenen Mitteln zu finanzieren. In den beiden Entscheidungen des BGH vom Mai 2004 stellte der BGH darauf ab, dass das CPAP-Gerät als Hilfsmittel in dem zwischen dem Patienten und seiner privaten Krankenversicherung abschließend vereinbarten Hilfsmittelkatalog nicht aufgeführt war und deshalb kein Anspruch auf Erstattung der Kosten bestand.

Am 1.1.2008 erfolgte eine umfangreiche und strukturelle Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes, das die Rechtsbeziehung einer privaten Versicherung zu dem Versicherungsnehmer beschreibt. Im Rahmen dieser Änderung wurden die privaten Versicherer gezwungen, einen sogenannten Basistarif anzubieten, der es bestimmten Personen ermöglicht, zu demselben Versicherungsumfang bei einem privaten Krankenversicherer versichert zu sein wie ein gesetzlich Versicherter. Die Pflicht wurde im Versicherungsaufsichtsgesetz festgeschrieben und die Regelung aufgenommen, dass die private Krankenversicherung dem gesetzlichen Versicherungsschutz entsprechen müsse. In der gesetzlichen Krankenversicherung hat jedoch das hierfür zuständige höchste Gericht, das BGH, schon vor dieser Gesetzesänderung geurteilt, dass das Hilfsmittelverzeichnis, welches die Leistungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und dem gesetzlich Versicherten beschreibt, nicht abschließend sei.

Bedauerlicherweise hat sich nach den Jahren 2011/2012 durch die höchstrichterliche Rechtsprechung ergeben, dass die in der juristischen Literatur aufgestellte These, dass die Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes mit der Einführung des Basistarifs dazu führen würde, dass auch der Hilfsmittelkatalog im Rahmen der privaten Versicherung anders gesehen werden müsse, nicht erfüllt. Es lässt sich vor den Gerichten daher nicht mehr damit argumentieren, dass diese Gesetzesänderung zu einem „offenen Hilfsmittelkatalog“ führen müsse wie die Hilfsmittelrichtlinie im Sozialrecht bei Kassenpatienten.

Eine ganz andere Frage ist es allerdings, ob sich durch die individuellen Vertragsbestandteile des Versicherungsvertrages, die sich aus dem Kleingedruckten (den Versicherungsvertragsbedingungen) und den Tarifen ergeben, auch eine Auslegung für bestimmte Therapiegeräte entnehmen lässt. Dies bedeutet eine jeweilige individualisierte Betrachtung des Versicherungsfalles, die von Versicherungsrechtlern bei der Geltendmachung von versicherungsvertraglichen Ansprüchen anhand des verbraucherfreundlichen Maßstabes geprüft werden muss, die die Rechtsprechung für die Klärung dieser Streitigkeiten vorgegeben hat. Bei der Anwendung dieser Betrachtungsmaßstäbe kann sich eine Eintrittspflicht für den Versicherer ergeben. Die zum jetzigen Zeitpunkt (Nov. 2018) anhängigen Rechtsfälle geben nach gerichtlicher Erörterung und teilweise bereits erfolgten richterlichen Hinweisen Anlass zu einem verhaltenen Optimismus.

Alexander Reents
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Versicherungsrecht