

Holzmann & Holzmann
Rechtsanwälte

1. Tegernseer Wirbelsäulen Workshop, vom 03-04.06.05, Privatklinik „Der Jägerwinkel

RECHTLICHE ASPEKTE
DER
INTERVENTIONELLEN SCHMERZTHERAPIE

AUSGANGSLAGE

Die Zeiten in denen man davon ausgehen konnte, dass Behandlungskosten zu 100 % von den Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen übernommen werden, sind seit den **Einbrüchen an den Finanzmärkten** und dem desolaten **Zustand der sozialen Sicherungssysteme vorbei**.

Die Versicherungswirtschaft musste auf die schlechte Marktlage reagiert.

Auf Seite der gesetzlichen Krankenversicherungen geschieht dies durch **Ausdünnung des Leistungskataloges** (siehe Zahnersatz). Die Privaten Krankenversicherungen versuchen durch **vermehrte Rechnungskontrollen** und restriktive Anwendung der Versicherungsbedingungen Ausgaben einzusparen.

Ein leitender Mitarbeiter einer großen Versicherung gibt im Rahmen eines Fernsehinterviews zu, **dass der erhebliche Kostendruck es nicht mehr ermöglicht Rechnungen „ungeprüft“ zu erstatten und** die Ärzte Zeitung berichtet in ihrer Ausgabe vom 18.04.2005, dass **die Allianz KV auf konsequente Prüfung der Arztrechnungen setzt**.

Das Ergebnis dieser Prüfung sieht dann so aus.....

Allianz Private
Krankenversicherungs-AG

521 00602443

Herrn
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Briefanschrift:
Niederlassung
76117 Karlsruhe

Telefax (0721) 9347-850

Bearbeitet von Telefon Datum
Frau [REDACTED], NKA-L (0721) 9347-810 16.7.2004

Krankenversicherung [REDACTED]
Kostenübernahmeantrag zur perkutanen Laserdiskusnukleotomie und
Thermokoagulation bei Frau [REDACTED]

Sehr geehrter Herr [REDACTED],

vielen Dank für das Attest von Herrn Dr. [REDACTED]. Wir haben den Sachverhalt
gemeinsam mit unserem beratenden Sacharzt geprüft.

Medizinisch notwendige Heilbehandlungen im Sinne Ihres Versicherungsschutzes
müssen grundsätzlich geeignet sein, Krankheiten gezielt zu erkennen, zu lindern
oder zu heilen - und zwar aufgrund gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse.
Handelt es sich also um nachgewiesen wirksame und medizinisch notwendige Unter-
suchungs- und Behandlungsmethoden ist eine Kostenerstattung selbstverständlich
möglich.

Aus den uns zur Verfügung gestellten Unterlagen können wir die medizinische
Notwendigkeit der Durchführung einer Operation nicht erkennen. Zudem ist die
Gleichwertigkeit und der medizinische Nutzen der Laserdiskusnukleotomie bis-
lang nicht gesichert.

Insofern bitten wir um Verständnis, dass eine Kostenzusage leider nicht er-
teilt werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Allianz Private Krankenversicherungs-AG




HALLESCHER

HALLESCHER
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
70186 Stuttgart
Telefon (0714) 6605-0
Telefax (0714) 6605-333
www.hallesche.de

Telefax Datum
6605- 11.02.2005

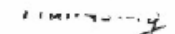
n zur geplanten
na einem
Ergebnis liegt

Sie einen Lei-
teilbehandlung
2 Allgemeine

medizinische
sicherbar. Die
Übertherapie in
ist.

ten.

Frau





NOTWENDIGE HEILBEHANDLUNG

Als **Heilbehandlung** ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BGH, NJW 1978, 1197 = Vers.R. 1978, 271) jegliche **ärztliche Tätigkeit** anzusehen, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinischen notwendigen Krankenpflege fällt und **auf Heilung oder Linderung der Krankheit** abzielt.

Dabei sind die Begriffe, ärztliche Leistung und medizinisch notwendige Krankenpflege, **in einem weiten Sinn** zu verstehen, der einerseits dem weit gespannten Leistungsrahmen der MBKK (BGH, NJW 1978, 589 = Vers.R 1978, 267) und andererseits dem **allgemeinen Sprachgebrauch** Rechnung trägt (BGH, Vers. R. 1956, 186; NJW 1978, 1197).

Notwendig ist eine Heilmaßnahme nicht nur dann, wenn sie zur Erhaltung des Lebens erforderlich ist, sondern bereits dann, wenn sie **zur Beseitigung oder Linderung einer Krankheit dient**, die oder deren Folgen der Versicherte nicht hinzunehmen hat, weil er sich durch den Abschluss der Krankenversicherung dagegen gerade absichern will (NJW 1986, 24, 1552).

Von der medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung sind **nicht nur schulmedizinische Behandlungen** umfasst. Nach dem Verständnis des Bundessozialgerichts ist es ausreichend, dass eine **bestimmte vertretbare, wenn auch nicht allgemein praktizierte** Behandlungsmethode, angewendet wird (BSG, Urteil vom 27.04.1989 – 9RV9/88).

ETABLIERTES VERFAHREN

Seit der Einführung des **GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000** müssen Behandlungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen den **Kriterien der evidenzbasierten Medizin** genügen. „Wissenschaftliche Anerkennung“ allein reicht nicht aus; der belegbare Nachweis des therapeutischen Nutzens durch klinische Studien ist gefordert (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V).

Durch das Merkmal der “medizinischen Erkenntnisse” ist ein **neuer Leistungsmaßstab** eingeführt worden.

Die Anforderungen, die an den Nachweis der Wirksamkeit gestellt werden müssen sind hierdurch verschärft worden.

Eine Behandlungsmethode gehört deshalb erst dann zum Leistungsumfang der GKV **wenn die Erprobung abgeschlossen** ist und über Qualität und Wirksamkeit der neuen Methode zuverlässige, wirtschaftlich nachprüfbar Aussagen gemacht werden können (vgl. Schulin / Enderelin ZfS 1990, 550).

Auf diesen Zug versucht nun auch die **Private Krankenversicherung** aufzuspringen. Die medizinische Notwendigkeit verschiedener Therapien wird angezweifelt, weil sie angeblich "**den Kriterien der evidenzbasierten Medizin nicht standhalten**" (vgl. PKV-Publik 3/2002).

KOSTENERSTATTUNG

Medizinisch notwendig im Sinne von § 1 Abs. 2 MB/KK ist eine Heilbehandlung, die sowohl in begründeter und nachvollziehbarer wie wissenschaftlich fundierter Vorgehensweise, das zu Grunde liegende Leiden, diagnostisch hinreichend erfasst und eine adäquate geeignete Therapie anwendet. Mit Bezug zur (richtigen) Diagnose muss die Behandlung insgesamt ein **Konzept zur qualifizierten, d.h. vollständigen und baldmöglichsten Heilung** des Patienten verfolgen. Dass ist in der Regel dann zu bejahen, wenn eine für die entsprechende Krankheitsbehandlung wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode angewandt wird (Vergl. BGH Versicherungsrecht 87, 278, 279).

Eine Ablehnung der Kostenübernahme durch eine Versicherung kann damit in der Regel **nicht mit der mangelnden schulmedizinischen Anerkennung** der Therapie begründet werden.

Die Ablehnung erfolgte früher auf Grund des Ausschlusses nicht allgemein wissenschaftlich anerkannter Methoden in § 5 Abs. 1 f der AVB. **Diese sog. Wissenschaftlichkeitsklausel** verstößt nach einem Urteil des BGH vom 23.06.1993 (IV ZR 135/92) gegen § 9 AGB-Gesetz und ist deshalb unwirksam.

Von der Kostenerstattung ausgenommen sein, sollen nach Auffassung des BGH lediglich die **Behandlungskosten, die dem Bereich der Wunderheilung und der Scharlatanerie** zuzuordnen sind.

Auf Grund der Entscheidung des BGH erfolgte ein Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Heute gilt, der Versicherer **leistet** im vertraglichem Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der **Schulmedizin überwiegend anerkannt** sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als **ebenso erfolgversprechend bewährt** haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre. (MB/KK 94 §4 (6))

Darüber, was sich in der Praxis als ebenso erfolgreich bewährt hat ist trefflich zustreiten. Die Krankenversicherungen gehen zunehmend davon aus, dass **zumindest die neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden evidenzbasiert einen Wirksamkeitsnachweis** erbringen müssen. Solche Studien liegen allerdings in vielen Fällen nicht vor.

Dementsprechend **umstritten ist das gesamte Themengebiet**. Während Anerkennung oder Ausschluss neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im GKV-Bereich von der Bestätigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung abhängig ist und bei Disease-Management-Programmen zusätzlich einer strengen Zulassungskontrolle durch das Bundesversicherungsamt unterliegt, macht zum Beispiel die DKV mal eben alles selber.

Nach dem "**Abrechnungsbetrug**" entdecken private Krankenversicherungen die **Unter-, Über- und Fehlversorgungsdiskussion** für sich und wittern Indikationsschwindel.

RECHTLICHE WÜRDIGUNG

Maßnahmen der interventionellen Schmerztherapie sind unter Berücksichtigung der von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien als **medizinisch notwendige Heilbehandlungen einzustufen**.

Die Privaten Krankenversicherungen dürfen eine Kostenübernahme nicht mit der Beurteilung der Maßnahme als Außenseitermethode ablehnen. Eine Ablehnung der Kostenerstattung kann nur mit der Behauptung des fehlenden Wirksamkeitsnachweises erfolgen. Welche Anforderungen an solche **Nachweise im Einzelfall zu stellen sind ist eine offene Frage**.

In der Praxis muss der behandelnde Arzt aber in jedem Fall vermeiden, dass bei den Patienten der **Eindruck erweckt wird**, die medizinische Behandlung sei **nicht nach den Regeln der ärztlichen Kunst** durchgeführt worden.

Diese unklare rechtliche Situation

der **Arzt erbringt eine ordnungsgemäße Leistung**, welche er auch abrechnen kann;

die **Versicherung muss unter Umständen die Kosten nicht übernehmen**

führt zu **erweiterten Pflichten der Behandler** die unbedingt Beachtung finden müssen.

AUFKLÄRUNGSPFLICHTEN

Nicht zu den Aufklärungspflichten im eigentlichen Sinne gehört die Pflicht, den Patienten über die voraussichtlichen Behandlungskosten und sich einem daraus ergebenden **Kostenrisiko zu informieren** (sog. Kostenaufklärung oder wirtschaftliche Aufklärung).

Vertragliche Beziehungen gibt es zwar nur zwischen dem Arzt und dem Patienten, die private Krankenversicherung ist grundsätzlich alleinige Angelegenheit des Patienten, **dennoch trifft den Arzt eine Fürsorgepflicht** als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag mit Auswirkungen auf das Dreiecksverhältnis Ärztin/Arzt – Patient – privater Versicherung.

Heute geht diese Fürsorgepflicht soweit, dass der Arzt zugunsten des Patienten alles tun muss, damit dieser die sich aus dem Versicherungsvertrag ergebende Erstattung auch erhält.

Ist für den behandelnden Arzt **erkennbar zweifelhaft**, ob eine Behandlung als medizinisch notwendig angesehen wird oder nicht, **muss der Patient darauf hingewiesen werden**, dass die in Aussicht genommene Behandlung möglicherweise vom Krankenversicherer nicht als notwendig anerkannt werden könnte und der Versicherer **dementsprechend auf die Kosten der ärztlichen Behandlung keine Erstattung** leistet.

Diese Hinweispflichten sind zur Vermeidung von **Schadensersatzansprüchen bzw. Honorarverlusten** unbedingt zu beachten.

Holzmann & Holzmann
Rechtsanwälte

1. Tegernseer Wirbelsäulen Workshop, vom 03-04.06.05, Privatklinik „Der Jägerwinkel

VIELEN DANK
FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT

www.holzmann-holzmann.de