

## Gastbeitrag von Fachmakler Frank Dietrich: Versichern heißt verstehen. Eine weitere Absurdität? Kostenerstattungsprinzip für GKV Versicherte.

100% Privatpatient

### DKV BMG – Krankenzusatzversicherung Privatpatient



- ✓ 100% Erstattung im ambulanten Bereich, egal ob mit oder ohne Vorleistung der GKV
- ✓ 100% stationäre Absicherung wie ein Privatpatient im 1- oder 2-Bettzimmer (für Einbettzimmer Baustein BMZ1G)
- ✓ 100% Privatpatient beim Zahnarzt
- ✓ 85% hochwertiger Zahnersatz (inkl. Implantate und Inlays)
- ✓ 100% Kieferorthopädie
- ✓ keine anfänglichen Wartezeiten
- ✓ 100% Erstattung, egal ob die Krankenkasse vorleistet oder nicht
- ✓ Vergünstigte Tarife für Auszubildende und Studenten (bitte einfach anrufen oder als Bemerkung bei Angebotsanforderung vermerken, dass die zu versichernde Person in der Ausbildung ist)

© FRANK DIETRICH.FACHMAKLER.

**Was war passiert? Vor einiger Zeit rief mich ein Kollege an und teilte mir fast ungläubig mit, dass die DKV einen Tarif mit stationärer Kostenerstattung für GKV Versicherte am Markt hätte. Diese würden sogar in Privatkliniken leisten. Dieses Produkt wurde von seinem Maklerbetreuer in höchsten Tönen gelobt. Welche Kosten aber werden in diesen Kliniken erstattet und wovon hängt das ab? Wenn die Ausschließlichkeit spricht, sollte man vorsichtig sein.**

Was wir in dem Tarif "BestMed Kombitarife zur GKV BMG / 0-3" zu lesen fanden, passte zu unserer bisherigen Erfahrung mit dem Versicherer. Wir wollen uns hier lediglich auf die Leistung des stationären Bereiches beziehen.

(Auszug)

- 100 % für allgemeine Krankenhausleistungen
- 100 % für die privatärztliche Versorgung, einschließlich Chefarzt
- 100 % für das Zweibettzimmer, 60 % für das Einbettzimmer, wenn das Zweibettzimmer Regelleistung ist.
- Bis zu 80 € Ersatztagelohn wenn die wahlärztliche Behandlung und/oder das Ein-/Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen wird.
- 100 % für den Transport zum und vom Krankenhaus

Weitere Konkretisierung finden sich dann weiter hinten im § 4 ff. der Tarifbestimmungen.

„Die Höhe unserer Leistung hängt von einer etwaigen Vorleistung der GKV ab. Rechnung müssen Sie daher zunächst bei der GKV einreichen [...]. Anschließend reichen Sie uns die Rechnungen zusammen mit der Leistungsabrechnung der GKV ein“.

Die auf der Tonspur übermittelte Werbebotschaft des Maklerbetreuers wird hier bereits erstmals gegen die Wand gefahren. Heißt es doch in den Bestimmungen, dass bei bestimmten stationären Einrichtungen eine vorherige schriftliche Zusage einzuholen ist. Damit ist es eine "Kannbestimmung", die keinen verlässlichen Wert darstellt. Die Ausnahmen, bei Unfall oder bei einer akuten Erkrankung während des Aufenthalts in einer solchen Einrichtung (nach dem man dann nur mit schriftlichen Zusage dort hineingekommen ist), locken niemanden wirklich hinter dem Ofen hervor. Dieselbe Zusage gilt bei stationärer Psychotherapie oder auch Entziehungsmaßnahmen.

### Versorgungskrankenhäuser und Privatkliniken

Viel interessanter aber war der Hinweis im § 4.1 das "Allgemeine Krankenhausleistungen" zu 100 % übernommen werden. Was ist damit genau gemeint? Immerhin hat der Versicherte die Wahl zwischen allen stationären Einrichtungen, die einer ständigen ärztlichen Betreuung unterliegen und die Krankenakte führen. Wie allen bekannt, unterscheidet sich die Privatklinik oftmals in ihrer Art der Abrechnung. Sie unterliegt nicht den Regularien des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, gemeint sind die Bundespflegesatzverordnung, die Fallpauschale und das Krankenhausentgeltgesetz. Da sich auch in der Vergangenheit viele private Krankenversicherer in der Vollkostenversicherung dahin gehend nicht klar äußerten, ob sie die anfallenden Kosten nun tragen, begrenzt erstatten oder sogar nicht leisten, wollten wir Klarheit. Entsprechend der Werbung, wenn es um versichern und verstehen geht,

wollten wir Klarheit für den Verbraucher. Vermutlich suggeriert man in der Werbung eine komplette Kostenübernahme, reduziert diese dann aber auf den Teil der Kosten, die in einem Versorgungskrankenhaus getragen worden wären. Vermutlich!

## **Schriftwechsel mit dem Anbieter**

Wir stellten die Frage an die DKV und wollten gerne wissen, in welcher Höhe die Kosten in der Privatklinik übernommen werden. Ist es eine 100-prozentige Kostenerstattung frei der Abrechnungsmodalitäten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder gibt es dann doch Begrenzungen? Der Maklerbetreuer erhielt Nachricht, der er weiterleitete:

*Hallo Herr XXXXXXXX,*

*vielen Dank für die Anfrage. Die Beantwortung kann ich nicht adhoc durchführen, zumal Ihr Vertriebspartner juristisch genaue Angaben benötigt.*

*Das Unternehmen PremiumCircle ist hierfür ja bekannt.*

*Sobald mir eine Antwort vorliegt, informiere ich Sie. Da unser zuständiger juristischer Ansprechpartner allerdings derzeit Urlaub hat, verzögert sich unser Feedback dazu.*

*Hierfür bitte ich um Verständnis.*

Wir erhielten tatsächlich nach erst vier Wochen eine "Antwort". Die Juristen waren im Urlaub, so die Erklärung. Allerdings mussten wir daran zweifeln, ob man die Frage verstanden hatte oder auch verstehen wollte.

*....die Leistungen des Tarifs BMG bei stationärer Heilbehandlung sind in Teil 1 Nr. 4 der AVB geregelt. Danach gilt für die allgemeinen Krankenhausleistungen immer ein Erstattungsprozentsatz von 100%.*

**„Wir ersetzen die nach Vorleistung oder Ablehnung durch die GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:**

### **4.1 Allgemeine Krankenhausleistungen zu 100%.“**

*Die versicherte Person hat die freie Wahl unter allen Krankenhäusern, d.h. wir unterscheiden nicht zwischen Kliniken, die nach KHEntgG bzw. BPflV abrechnen und Krankenhäusern, die das nicht tun.*

### **4.9 Welche Krankenhäuser kann die versicherte Person wählen?**

*Die versicherte Person hat die freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Sie müssen über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen.“*

## **Antwort:**

..... vielen Dank für die Beantwortung der Fragen zum Thema BMG an Herrn Dietrich und Herrn Mocho. Leider sind damit die Fragen nicht wirklich geklärt.

Sie schreiben von "Allgemeinen Krankenhausleistungen" und der Erstattung von immer 100 %. Was in ihren Augen sind die "Allgemein Krankenhausleistungen", wenn sie sich nicht an den Regularien, die in den Versorgungskrankenhäusern bestehen, orientieren? Gemeint sind die Bundespflegesatzverordnung und das Krankenhausentgeltgesetz. Mit dem Wahltarif Chefarzt/Zweibettzimmer ist die Gebührenordnung bis zum Höchstsatz versichert. Damit ist der Arzt bezahlt, nicht aber das Krankenhaus. Vermutlich meinten sie die 100 % auch in Privatkliniken zu zahlen, die in solchen Versorgungskrankenhäusern anfallen. Richtig?

Der nächste Punkt, der zu interpretieren wäre, ist das Wording „erstattungsfähigen Aufwendungen“. Die Korrespondenz endete Mitte Juni. Ob die Juristen schon wieder im Urlaub sind?

## **Fazit:**

Nicht einmal der Anbieter selbst ist in der Lage, klar zu konkretisieren, was er zahlt und was nicht. Der Kunde trägt das Restrisiko, denn wir müssen davon ausgehen, dass in einer Privatklinik nicht mehr gezahlt wird als in einem ganz normalen Krankenhaus. Auch müssen wir annehmen, wie es bei Gericht der Fall ist, dass der normale Empfängerhorizont bei dem Wort Privatpatient auch an uneingeschränkten Versicherungsschutz in Privatkliniken glaubt. Sowohl er als auch die meisten Vermittler die auch Ratingunternehmen machen keine Unterscheidungen in der Art der Bezahlungen innerhalb dieser Häuser. Sobald jemand privat versichert ist, schnellen die Rechnungen in den Krankenhäusern nach oben. Gerade in den letzten Wochen konnte ich sehr viel Geld von bereits bezahlten Rechnungen zurückholen. Der einfache Sachverhalt, dass der Kunde privat versichert war, ließ die Behandler keine weitere Wahlvereinbarung vom Patienten unterzeichnen. Die Abrechnung, die in Folge auf den Status Privatpatient/Chefarzt ausgestellt war, war somit nicht legitimiert. Anstandslos wurde zurückerstattet. Durch diese pauschale Vorgehensweise besteht in solchen Fällen ein existenzielles Kostenrisiko. "Versichern heißt verstehen“?

## **An die Kollegen:**

Ein genauer Blick lohnt sich. Nicht nur innerhalb der Vertragsbestimmung eines Angebotes, sondern auch bei den Darstellungen von sogenannter Vergleichssoftware. Einige Anbieter haben ihre Bewertungskriterien noch immer auf demselben Stand wie 2010, noch bevor die Unisexkalkulation eingeführt wurde, und sind damit weit ab von der notwendigen Aktualität. Auch zeigt sich, dass die freie Krankenhauswahl als Frage zur Bewertung von Tarifen hinhält, nicht aber, ob in diesen Krankenhäusern auch gezahlt wird und in welcher Höhe, wenn überhaupt. Aus all diesen Punkten heraus lässt sich schlussfolgern, dass der, der nicht selber liest und sich mit solchen Modulen in die Beratung begibt und diese als Beratung verkauft seine Haftpflicht bezahlt haben sollte. Der Hinweis an die Haftpflichtversicherer, sich die Vorgehensweise und Beratungsqualität ihrer Versicherten mehr vor Augen zu führen, sei hiermit gegeben.

Trachten Sie doch einfach mal die unterschiedlichen Formulierungen der Vollkostentarife Barmenia Expert gegenüber Hanse Merkur (Tarif egal) und Continentale/Signal Iduna. Der eine übernimmt die Kosten in der Privatklinik, der andere konkretisiert sich auf 150 % und entspricht damit einem BGH Urteil der Vergangenheit. Die beiden anderen drücken sich nicht wirklich klar aus. Gibt es nun eine Zahlung zu mindestens in Höhe der DRG oder nicht einmal das? Klar wäre gewesen, hätte man reingeschrieben, dass die Erstattung entweder nicht stattfindet oder zu 100 % entsprechend der DRG Pauschalen. Das Verständnis und die Interpretation liegen beim Vermittler, der hier sehr schnell zum Regulativ wird.

Und wieder einmal war vom Verbraucherschutz nichts zu hören oder zu sehen. Wie üblich! Betrachtet man die Meldungen, meist bei Twitter, so scheint es sich bei den Tätigkeiten des Verbraucherschutzes um Stückwerk zu handeln, nicht aber um nachhaltige Veränderungen und Klarstellungen am Versicherungsmarkt. Die Klarstellung, dass nur gut 10 % der PKV-Vollkostentarife durch die Hinzunahme der Mindestkriterien das Niveau der GKV erreichen, demnach die anderen Marktteilnehmer in ihrem Versicherungsschutz Kostenrisiken für den Versicherten tragen, wäre auch [eine Aufgabe](#) des Verbraucherschutzes gewesen.

## **Gastbeitrag von Fachmakler Frank Dietrich**

FRANK DIETRICH.FACHMAKLER.

Phone: 033237 85 0 27

Fax: 033237 85 0 29

Mobil: 0172 - 3 22 28 98

Große Weinmeisterstraße 63f  
14469 Potsdam

**FRANK DIETRICH. FACHMAKLER.**