



PZVD BRIEF

PRIVAT-ZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
DEUTSCHLANDS E.V.

02/2016

HEALTH

MEDICAL

DOCTOR

?

GOÄ - Reset?



AZ 110 11/15

Verlässlicher, schneller,
echt freundlich.
100 % für Sie da.

**Besser Barmenia.
Besser leben.**

Kranken-Vollversicherung – Spezialtarif für Zahnärzte

Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnungen, Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit, Finanzielle Freiräume durch Wahl eines Selbstbehalts. Vor allem bei Zahnersatz und Inlays drohen gesetzlich Versicherten schnell hohe Zuzahlungen. Wer sicher versorgt sein möchte, muss selbst handeln und privat vorsorgen.

Ergänzungsversicherung für die Zähne: Tarif ZGu+ – für Sie oder Ihre Patienten

Er leistet u. a. für: Zahnersatz (einschließlich Implantate), Inlays Kunststofffüllungen, Wurzel- und Parodontosebehandlungen, Akupunktur bei Schmerztherapie und Anästhesie, Zahnprophylaxe (z. B. professionelle Zahnreinigung).

Informieren Sie sich! Barmenia Krankenversicherung a. G.
www.barmenia.de oder Tel. **0202-2570103**



Barmenia
Versicherungen

Leben | Kranken | Unfall | Sach

Inhalt

Editorial 2-3

Matthes Egger:

Medizinische Notwendigkeit der
 stationären Heilbehandlung 4-12

LG Düsseldorf kippt

Auskunftsanspruch der DKV 13-17

DGÄZ - AKTUELL..... 18-19

Das Antikorruptionsgesetz

(be)trifft auch die Zahnärzte 20-21

Wann, wenn nicht jetzt?

Analogabrechnung – das
 „hässliche Entlein“ der GOZ..... 22-24

Schon jetzt vormerken!



2. Juristisches Kolloquium Zahnärztliches Gebührenrecht



Frankfurt

September 2016

16.



39. Deutscher Privatzahnärztetag

Zeit, Leistung und Geld - quo vadis?
 Honorare zum Überleben der Qualitätszahnmedizin

Hotel Europäischer Hof,
 Heidelberg

Januar 2017

13

Januar 2017

14

Impressum

Der PZVD-Brief, interne Mitteilung für Mitglieder der Privatzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands, erscheint viermal jährlich. Er kann bei der Geschäftsstelle der PZVD abonniert werden (Adresse siehe Sekretariat). Im Mitgliedsbeitrag ist der Bezugspreis enthalten.

Redaktion für diese Ausgabe:
 Bernadette Gebauer,
 geschaeftsstelle@pzvd.notes-net.de
 www.pzvd.de

Gesamtherstellung + Verlag:
 Köllen Druck+Verlag GmbH

Bildquellen:
 www.colourbox.de

PZVD Privatzahnärztliche Vereinigung Deutschlands e.V.

Vorstand:

Dr. Wilfried Beckmann, Präsident, Susannenstraße 7 a, 33335 Gütersloh
Dr. Marcus Flach, Vizepräsident, Wall 32, 42103 Wuppertal
Dr. Gerd Mayerhöfer, Generalsekretär, Lindemannstraße 96, 40237 Düsseldorf
Joachim Hoffmann, Vorstand, Würdinghauser Str. 48, 57399 Kirchhundem
Dr. Georg Christian Kolle, Vorstand, Celler Str. 18, 38518 Gifhorn
Dr. Christian Lex, Vorstand, Kressengartenstr. 2, 90402 Nürnberg

Sekretariat:

Bernadette Gebauer,
 Susannenstraße 7a, 33335 Gütersloh
 Email: geschaeftsstelle@pzvd.notes-net.de



Editorial

GOÄ-Novelle auf „Reset“ – Neues Nachdenken über Struktur von Gebührenordnungen erforderlich



Dr. Wilfried Beckmann

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie haben es alle miterlebt. Nach langen internen Vorarbeiten, nach dem Versuch Konsens mit den im PKV-Verband organisierten Versicherern zu finden, ist das Vorhaben, einen Novellierungsvorschlag aus der Feder von PKV und BÄK vorzulegen durch den Vorstand der Bundesärztekammer einstimmig gestoppt worden. Die innerärztliche Diskussion war offensichtlich aus dem Ruder gelaufen, die Diskrepanz zwischen Anspruch und Realität war nicht länger politisch zu vermitteln.

Der Verhandlungsführer der Ärzte, Dr. Windhorst, gab seinen Auftrag zurück. Der ärztliche Unmut richtete sich damit gegen den Präsidenten der Bundesärztekammer Dr. Montgomery. Der Versuch der Kritiker, Montgomery aus dem Amt zu entfernen, scheiterte auf dem Bundesärztertäg in Hamburg. Mit etwas mehr Realismus soll es jetzt weitergehen. Die von Windhorst angekündigten zweistelligen prozentualen Erhöhungen der GOÄ-Honorare wird es nach aktueller Ankündigung von Montgomery nicht geben. Er orientiert die Ärzte jetzt an Größenordnungen (5,6%), die ihm von der Politik als Horizont avisiert wurden. Damit sind die Ärzte um die Erfahrung klüger, die wir Zahnärzte schon mit der GOZ 2012 gemacht haben:

Teuerungs- und Kostenausgleich über Punktwertanpassung ist politisch nicht durchsetzbar.

In der Schere zwischen den durch die Gebührenordnung limitierten Einnahmen und den durch politisch verantwortete Vorgaben überproportional wachsenden Praxisausgaben, müssen wir einen Ausweg finden.

Da steht die (alte, aber richtige) Forderung nach Trennung von Honorierung und Erstattung ganz vorne.

Wir sollten aber auch überlegen, wie wir unsere Kosten transparent weitergeben können.

Wenn ich persönlich Leistungen in Anspruch nehme, die das Vorhalten einer aufwändigen Infrastruktur erfordern, zahle ich (mindestens) 2 Beträge: Einmal für die Leistung und zum anderen für die Infrastruktur.

Wenn weiter gesellschaftlich gewünscht ist, dass wir Praxisstrukturen unter den politisch definierten Rahmenbedingungen vorhalten, müssen die Kosten die dadurch entstehen auch unabhängig von der Gebühr für die zahnärztliche Leistung zu berechnen sein. Dann kann ein mehr an staatlich verordneter Bürokratie direkt weitergegeben werden. Es wird nicht mehr das Ergebnis unserer Leistung schmälern. Mein Notar hat mir gerade eine Rechnung geschickt, die eine „Pauschale für Post und Kommunikation“ und eine weitere „Dokumentenpauschale für Kopien“ ausweist.

Wir müssen uns also damit auseinandersetzen, dass der Begriff „Praxiskosten“, die mit den Gebühren abgegolten sind, konkretisiert wird. Kostenpauschalen für Infrastruktur, Hygiene oder Dokumentation sind nicht beihilfefähig. Damit für den Staat kostenneutral.

Lassen Sie uns diesen und andere neue Ansätze zum Gebührenrecht in die öffentliche Diskussion einbringen. In jedem Fall müssen wir sie auf dem nächsten Privatzahnärztertäg diskutieren.

„Reset“ und weiter so wird nicht zum Ziel führen. Wir müssen innovative Ansätze verfolgen, wenn die alten systematisch nicht zum Ziel führen.

Ihr

Wilfried Beckmann

Medizinische Notwendigkeit

der stationären Heilbehandlung in der privaten Krankheitskostenvers. – gleichzeitig Anmerkung zu OLG Köln

Urt. v. 21.12.2012 – 20 U 186/12, r+s 2013, 611
RA, Matthes Egger, Nürnberg*

I. Ausgangslage

Eine stationäre Heilbehandlung ist nach in Rspr. und Literatur verbreiteter, allerdings häufig nicht näher begründeter¹ Auffassung nur dann medizinisch notwendig, wenn die spezifischen Einrichtungen des klinischen Krankenhausbetriebes zur Behandlung des bestehenden Leidens besser geeignet sind als die Möglichkeiten eines niedergelassenen Arztes oder eines Therapiezentrums.

Diese derzeit herrschende Meinung geht davon aus, dass sich die medizinische Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung aus einem Vergleich mit der ambulanten Behandlungsform ergebe. Dabei geht diese Meinung letztlich auf eine Entscheidung des BSG vom 25. 1. 1979 – 3 RK 83/78 zurück, welches allerdings sich weder mit der Auslegung des VVG, noch mit der Auslegung der MBKK oder sonstiger VersBedingungen beschäftigt hat, da diese schon nicht in seinen Zuständigkeitsbereich fallen, sondern mit der Auslegung der Vorgängerrege-

lungen des SGB V, die ausdrücklich ein entsprechendes Stufenverhältnis vorsahen und vorsehen.

Dieser zuletzt vom OLG Köln im Urt. v. 21. 12. 2012 – 20 U 186/12 – r+s 2013, 611 näher begründeten Auffassung wird im Schrifttum widersprochen², da sie auch der zutreffenden Rspr. des BGH³ entgegensteht. Einigkeit besteht allerdings in der zutreffenden Annahme, dass eine stationäre Heilbehandlung jedenfalls immer dann medizinisch notwendig ist, wenn sie besser geeignet ist als die ambulante Behandlung, zur Heilung, Besserung, Linderung oder Verhinderung der Verschlimmerung der Erkrankung beizutragen. Weshalb dies aber nicht bei Gleichwertigkeit bzw. auch genereller Eignung, z.B. dann, wenn sich eine Wertigkeit nicht feststellen lassen sollte, gelten sollte, ist den MBKK, die kein Stufenverhältnis formulieren, nicht zu entnehmen.

II. Die Entscheidung des OLG Köln⁴

Nach der überwiegenden Meinung und der Entscheidung des OLG Köln sei die medizinische Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung auf Basis der MBKK anhand eines Vergleichs mit der ambulanten Behandlungsform zu prüfen. Eine stationäre Krankenhausbehandlung sei nur dann medizinisch notwendig, wenn



* Der Autor ist Rechtsanwalt, Fachanwalt für VersRecht und Fachanwalt für Medizinrecht in der Kanzlei Dr. Beckstein & Kollegen, Nürnberg.
Zweitabdruck mit Genehmigung des Verlags C.H. Beck, München, Erstveröffentlichung: r+s, 6/2015

¹ OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12 – r+s 2013, 611.

² Vgl. OLG Brandenburg 29. 5. 2012 – 6 U 42/09, BeckRS 2012, 11700; OLG Koblenz 20. 4. 2007 – 10 U 216/06, VersR 2008, 339 nicht rechtskräftig; OLG Karlsruhe 1. 2. 1996 – 12 U 152/95, r+s 1997, 33; OLG Köln 13. 2. 1986 – 5 U 125/85, r+s 1986, 163; Eichelberger in Spickhoff, Medizinrecht 2. Aufl. 2014 § 192 VVG Rn. 36; Wendt in Veith/Gräfe, VersProzess 2. Aufl. 2010 Rn. 99 unter Verweis auf OLG Karlsruhe 1. 2. 1996 – 12 U 152/95, r+s 1997, 33; Commer in van Bühren, Handbuch VersRecht 6. Aufl. 2014 § 17 Rn. 287, 443 unter Verweis auf „die überwiegende Auffassung“; Staab in Staudinger/Halm/Wendt Fachanwaltskommentar VersRecht, 2013 § 192 VVG Rn. 16 unter Verweis auf OLG Karlsruhe, VersR 2008, 339, 340 – 19 U 88/06 welches sich allerdings nicht mit stationärer Heilbehandlung, sondern mit der Frage der üblichen Preise bei Material- und Labor-kosten bei zahntechnischen Laborarbeiten befasst.

³ OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12, r+s 2013, 611; Wendt in Veith/Gräfe, VersProzess 2. Aufl. 2010 § 11 Rn. 99.

⁴ OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12 – r+s 2013, 611.

der angestrebte Erfolg mit einer ambulanten Maßnahme nicht erreicht werden könne⁵.

Unter medizinischen Gesichtspunkten müsse feststehen, dass eine ambulante Behandlung nicht ausreiche und dass aufgrund bestimmter Aspekte die stationäre Krankenhausbehandlung deshalb notwendig war⁶. Die Auffassung von Egger⁷, nach der sich insbesondere unter Berücksichtigung der sog. „Alphaklinik“-Entscheidung des BGH⁸ ein Primat der ambulanten gegenüber der stationären Heilbehandlung nicht mehr rechtfertigen lasse, teile der 20. Senat des OLG Köln nicht. Zwar treffe es zu, dass Kostengesichtspunkte weder nach dem Wortlaut noch nach dem Sinnzusammenhang in die maßgeblichen VersBedingungen im KrankenversRecht hineingelesen werden können; eine medizinisch anerkannte Heilbehandlung verliere das qualifizierende Merkmal „notwendig“ im Einzelfall daher nicht deshalb, weil sie teurer ist als eine nach Einschätzung des Versicherers gleichwertige, aber kostengünstigere Behandlung.⁹ Diese Grundsätze betreffen aber ausschließlich die Frage, ob von zwei medizinisch gleichwertigen Behandlungsmethoden der Versicherte der kostengünstigeren den Vorzug geben muss. Demgegenüber sei im vom OLG Köln zu beurteilenden Streitfall entscheidungserheblich, in welchem Verhältnis nach den maßgeblichen VersBedingungen (MBKK) die Formen der ambulanten und der stationären Behandlung zueinander stehen.¹⁰ Dass die ambulante und die stationäre Behandlung nach den Bedingungen nicht gleichrangig seien, folge aus § 4 Abs. 4 MBKK, der die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung von der medizinisch notwendigen Heilbehandlung abgrenze. Dies könne bei verständiger Würdigung nur in dem Sinne aufgefasst werden, dass sich für eine Behandlung im stationären Rahmen eine besondere Notwendigkeit ergeben müsse.^{10,11}

Vor dem Hintergrund der Belastungen eines Krankenhausaufenthalts für den Versicherten und des insoweit bestehenden erhöhten Infektionsrisikos sei auch nach dem Verständnis des durchschnittlichen VN eine Krankenhausbehandlung regelmäßig erst dann erforderlich,

wenn eine ambulante Behandlung nicht bzw. nicht mehr ausreichend erfolgversprechend ist.¹² Eine stationäre Heilbehandlung sei demzufolge nur dann medizinisch notwendig i.S.v. § 1 Abs. 2 AVB, wenn die spezifischen Einrichtungen des klinischen Krankenhausbetriebs zur Behandlung des bestehenden Leidens besser geeignet sind als die Möglichkeiten eines niedergelassenen Arztes oder eines Therapiezentrums.¹³ Einem Verständnis der AVB in diesem Sinne stehe auch nicht entgegen, dass im Bereich der gesetzlichen Krankenvers. durch § 39 Abs. 1 SGB V der Vorrang der ambulanten Behandlung vor der stationären ausdrücklich normiert ist. Daraus in Bezug auf die MBKK einen Umkehrschluss zu ziehen, sei schon deshalb verfehlt, weil sich das Verständnis von AVB nicht aus der Sicht des Rechtsanwenders nach der Methode der gesetzesähnlichen Auslegung bestimmt. Maßgeblich sei vielmehr die Sicht des durchschnittlichen VN als juristischem Laien, bei dem keine Kenntnisse von der sozialversrechtlichen Gesetzeslage vorausgesetzt werden können.¹⁴

III. Kritik und Stellungnahme

Dem darf widersprochen werden.

1. Kein allgemeines oder juristisches Sprachverständnis im Sinne eines Stufenverhältnisses

Wenn es richtig wäre, dass sich schon aus dem Wortlaut „medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung“ ergeben würde, dass sich die medizinische Notwendigkeit der stationären Durchführung der Heilbehandlung nur sinnvoll in Abgrenzung zur ambulanten Heilbehandlung beurteilen lasse und nur dann gegeben sei, wenn die spezifischen Einrichtungen des (klinischen) Krankenhausbetriebs zur Behandlung des bestehenden Leidens besser geeignet sind, als die Möglichkeiten des niedergelassenen Arztes, hätte es der gesetzlichen Regelung in § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V, die für den Bereich der gesetzlichen Krankenvers. ausdrücklich ein Stufenverhältnis zur Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung formuliert, nicht bedurft.¹⁵ Schließlich regelt bereits § 27 Abs. 1 SGB V, dass Versicherte der Gesetzlichen Krankenvers. Anspruch auf Krankenbehandlung haben, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.¹⁶ Daraus ergibt sich, dass weder ein natürlicher noch ein juristischer Sprachgebrauch und folglich auch kein allgemeines oder juristisches Sprachverständnis zu den auch vorliegend in Rede stehenden Begrifflichkeiten

⁵ OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12, r+s 2013, 611 ; OLG Zweibrücken NJOZ 2008, 76, 78; LG Potsdam VersR 2009, 491; OLG Koblenz 20. 4. 2007 – 10 U 216/06, VersR 2008, 339 nicht rechtskräftig; OLG Karlsruhe r+s 1997, 33; LG Berlin r+s 1994, 71; OLG Köln r+s 1986, 163; Kalis in: Bach/Moser, Private Krankenvers., 4. Aufl., § 1 MBKK Rn. 31; Rogler in: Rüffer/Halbach/Schimikowski, VVG, 2. Aufl., § 4 MBKK Rn. 11.

⁶ OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12, r+s 2013, 611 ; *Wendt* in Veith/Gräfe, VersProzess 2. Aufl. 2010 § 11 Rn. 99.

⁷ VersR 2009, 1320.

⁸ VersR 2003, 581.

⁹ OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12, r+s 2013, 611. **10** OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12, r+s 2013, 611.

¹⁰ OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12, r+s 2013, 611.

¹¹ OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12, r+s 2013, 611.

¹² OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12, r+s 2013, 611.

¹³ OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12, r+s 2013, 611.

¹⁴ OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12, r+s 2013, 611.

¹⁵ *Egger* VersR 2009, 1320.

¹⁶ *Egger* VersR 2009, 1320 und VersR 2011, 705.



in den Bedingungen der MBKK bzw. den Bestimmungen des VVG in dem Sinne existieren, dass die medizinische Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung sich aus einem Vergleich mit der ambulanten Behandlungsform ergebe, wie dies aber behauptet wird. Richtig ist vielmehr, dass das VVG nicht zwischen ambulanten und stationären Behandlungsformen differenziert, so dass der aus der GKV (§ 39 Abs. 1 SGB V) bekannte und auch in der Kommentarliteratur anklingende „Vorrang ambulant vor stationär“ im Gesetz nicht verankert ist.¹⁷

Die vom OLG Köln und Brömmelmeyer¹⁸ angedeutete Überlegung betreffend ein erhöhtes Infektionsrisiko bzw. erhöhte Belastungen durch einen Krankenhausaufenthalt wird nicht näher erläutert. Allerdings könnten diese Gesichtspunkte nicht im Rahmen genereller Erwägungen eine Rolle spielen, sondern allenfalls dann, wenn sich im konkreten Einzelfall erhöhte Gefahren und Belastungen ergeben, die im konkreten Fall den Erfolg der Heilbehandlung gefährden würden.¹⁹ Zu verorten wäre die diesbezügliche Problematik

in § 5 Abs. 2 MBKK mit entsprechender Darlegungs- und Beweislast des VR.²⁰

Ob tatsächlich höhere Belastungen oder höhere Infektionsgefahren bestehen, lässt sich nicht generell, sondern, wenn überhaupt, nur durch einen detaillierten Vergleich der jeweiligen konkreten ambulanten Behandlungssituation des jeweiligen Patienten mit der jeweils konkreten stationären Behandlungssituation des jeweiligen Patienten feststellen. Insoweit ist die Vergleichbarkeit bzw. Gleichwertigkeit der Heilbehandlungsmaßnahmen angesprochen, die für den VN regelmäßig nicht durchschaubar ist und deren unvorhersehbare Konsequenzen mit Blick auf die Kostenerstattung der VN deshalb auch nicht tragen müssen soll.²¹

2. Zirkelschluss in der Argumentation der h.M. durch Bezugnahme auf die Regelungen der GKV
Die bislang herrschende Meinung gründet sich auf die gesetzlichen Regelungen der gesetzlichen Krankenvers. und die zu diesen gesetzlichen Regelungen ergangene Rspr. des BSG.²² So verweist insbesondere *Kalis* auf die

²⁰ BGH 12. 3. 2003 – IV ZR 278/01, r+s 2003, 246; BGH 29. 5. 1991 – IV ZR 151/90, r+s 1991, 319.

²¹ BGH 12. 3. 2003 – IV ZR 278/01, r+s 2003, 246.

²² *Kalis* in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 1 MBKK Rn. 31 unter Verweis auf § 26 Bundesmantelvertrag Ärzte und § 39 SGB V; Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 3. Aufl. 2002 § 4 MBKK Rn. 76 unter Verweis auf BSG 25. 1. 1979 – 3 RK 83/78; OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76 unter Verweis auf Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 3. Aufl. 2002 § 4 MBKK Rn. 76; LG Potsdam 25. 11. 2008 – 12 O 499/07, VersR 2009, 491 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76 und Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 3. Aufl. 2002 § 4 MBKK Rn. 76; OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12, r+s 2013, 611 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76 und LG Potsdam 25. 11. 2008 – 12 O 499/07, VersR 2009, 491; Schubach in Terbille, Münchener Anwaltshandbuch VersRecht 2. Aufl. 2008 § 23 Rn. 141 unter Verweis auf Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 3. Aufl. 2002 § 4 MBKK Rn. 76 und BSG 25. 1. 1979 – 3 RK 83/78; unter Verweis auf dieselbe Fundstelle bei Schoenfeldt/Kalis möglicherweise ebenso: Müller-Stein in van Bühren, Handbuch VersRecht 3. Aufl. 2007 § 17 Rn. 257; LG Berlin 25. 8. 1992 – 7 O 33/90, r+s 1994, 71 unter Verweis auf Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser; vgl. auch Prölss in Prölss/Martin, VVG 27. Aufl. 2004 § 1 MBKK 94 Rn. 44; Rogler in Ruffer/Halbach/Schimikowski, VVG 2. Aufl. 2011 § 4 MBKK Rn. 11 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76 und *Kalis* in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 1 MBKK Rn. 31; Tschersich in Beckmann/Matusche-Beckmann, VersRechts-Handbuch 2. Aufl. 2009 § 45 Rn. 118 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76; Eichelberger in Spickhoff, Medizinrecht 2. Aufl. 2014 § 192 VVG Rn. 36 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76; Wehmeyer/Schubach in Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht 2. Aufl. 2013 § 5 Rn. 106 unter Verweis auf Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 3. Aufl. 2002 § 4 MBKK Rn. 76 und Verweis auf BSG 25. 1. 1979 – 3 RK 83/78 und nunmehr *Kalis* in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 1 MBKK Rn. 31 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76; Brömmelmeyer in Schwintowski/Brömmelmeyer, Praxiskommentar VersRecht 2. Aufl. 2011 § 192 VVG Rn. 28 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76 und *Kalis* in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 1 MBKK Rn. 31.

¹⁷ Voit in Prölss/Martin, VVG 29. Aufl. 2015, § 192 VVG Rn. 73.

¹⁸ Brömmelmeyer in Schwintowski/Brömmelmeyer, Praxiskommentar VersRecht 2. Aufl. 2011 § 192 VVG Rn. 28.

¹⁹ Egger VersR 2011, 705.

alleine für den Bereich der gesetzlichen Krankenvers. geltenden Regelungen des § 39 SGB V und des § 26 Bundesmantelvertrag Ärzte, den er zitiert wie folgt:

„Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn sie erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.“²³

Dabei hat der BGH wiederholt und richtig darauf hingewiesen, dass schon wegen der grundlegenden Strukturunterschiede der Systeme der gesetzlichen und der privaten Krankheitskostenvers. Versicherte einer privaten Krankenvers. nicht erwarten können, in gleicher Weise versichert zu sein wie die Mitglieder der GKV24. Vielmehr haftet der Versicherer in der privaten Krankheitskostenvers. nach § 192 Abs. 1 VVG nur „im vereinbarten Umfang“²⁵. Auch dürfen Erwägungen und Begriffe aus der gesetzlichen Krankenvers. nicht – zumindest nicht ohne weiteres, wie etwa bei einer ausdrücklichen Bezugnahme – auf die private Krankheitskostenvers. übertragen werden.²⁶ Das angebliche Primat ambulanter Heilbehandlung kann weder auf Kostengesichtspunkte, noch auf Parallelen zur gesetzlichen Krankenvers. oder die Rspr. des BSG gestützt werden.²⁷

Genau diese der zutreffenden Rspr. des BGH zuwiderlaufende Gleichsetzung mit der gesetzlichen Krankenvers. wird jedoch in der ein Stufenverhältnis annehmenden Rspr. und Literatur versucht, wenn unter Bezugnahme auf die Regelungen in der gesetzlichen Krankenvers. und die zu ihr ergangene Rspr. des BSG ein Stufenverhältnis

postuliert wird,²⁸ allerdings ohne dass ein solches Stufenverhältnis – anders als in der gesetzlichen Krankenvers. – in den MBKK oder den gesetzlichen Vorschriften des VVG beschrieben wäre.²⁹ Wie der VN das aus dem ihm allein zur Verfügung stehenden Wortlaut der MBKK erkennen können sollte, ist nicht ersichtlich.

Da in den vorliegend zu beurteilenden Bedingungen der MBKK eine solche ausdrückliche Bezugnahme fehlt, vielmehr sich ein Vergleich im Wortlaut der Bedingungen nicht einmal angedeutet findet, sind die in der Rspr. und Literatur herangezogenen Regelungen der gesetzlichen Krankenvers., mit denen das Erfordernis einer Gegenüberstellung der ambulanten und der stationären Behandlung begründet wird, für die Auslegung der privaten Krankheitskostenvers. nicht relevant, stehen ihr vielmehr sogar entgegen, da sich aus ihnen ergibt, dass kein solches allgemein gültiges Begriffsverständnis der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung

²³ Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 1 MBKK Rn. 31.

²⁴ BGH 18. 2. 2009 – IV ZR 11/07, VersR 2009, 623, 624; BGH 11. 2. 2009 – IV ZR 28/08, r+s 2009, 248; BGH 15. 2. 2006 – IV ZR 192/04, r+s 2006, 199; BGH 18. 1. 2006 – IV ZR 244/04, r+s 2006, 159; BGH 21. 2. 2001 – IV ZR 11/00, r+s 2001, 258; BGH 22. 5. 1991 – IV ZR 232/90, r+s 1991, 318; OLG Hamm VersR 2004, 321; Egger VersR 2005, 1047; Commer in van Bühren, Handbuch VersRecht 6. Aufl. 2014 § 17 Rn. 410 – 412.

²⁵ BGH 18. 2. 2009 – IV ZR 11/07, VersR 2009, 623, 624; BGH 11. 2. 2009 – IV ZR 28/08, r+s 2009, 248; BGH 15. 2. 2006 – IV ZR 192/04, r+s 2006, 199; BGH 21. 2. 2001 – IV ZR 11/00, r+s 2001, 258; BGH 22. 5. 1991 – IV ZR 232/90, r+s 1991, 318; OLG Hamm 2004, 321; Egger VersR 2005, 1047.

²⁶ BGH 18. 2. 2009 – IV ZR 11/07, VersR 2009, 623, 624; BGH 11. 2. 2009 – IV ZR 28/08, r+s 2009, 248; BGH 15. 2. 2006 – IV ZR 192/04, r+s 2006, 199; BGH 21. 2. 2001 – IV ZR 11/00, r+s 2001, 258; BGH 22. 5. 1991 – IV ZR 232/90, r+s 1991, 318; Rögler VersR 2009, 573, 581; Egger r+s 2006, 353, 356; Bach/Hütt in Bach/Moser Private Krankenvers. 3. Aufl. 2002 Einl. Rn. 55; Commer in van Bühren, Handbuch VersRecht 6. Aufl. 2014 § 17 Rn. 410 – 412.

²⁷ Voit in Prölss/Martin, VVG 29. Aufl. 2015, § 192 VVG Rn. 73, 74; Brömmelmeyer in Schwintowski/Brömmelmeyer, Praxiskommentar VersRecht 2. Aufl. 2011 § 192 VVG Rn. 28; Egger VersR 2009, 1320 und VersR 2011, 705; BGH 12. 3. 2003 – IV ZR 278/01, r+s 2003, 246.

²⁸ Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 1 MBKK Rn. 31 unter Verweis auf § 26 Bundesmantelvertrag Ärzte und § 39 SGB V; Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 3. Aufl. 2002 § 4 MBKK Rn. 76 unter Verweis auf BSG 25. 1. 1979 – 3 RK 83/78; OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76 unter Verweis auf Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 3. Aufl. 2002 § 4 MBKK Rn. 76; LG Potsdam 25. 11. 2008 – 12 O 499/07, VersR 2009, 491 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76 und Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 3. Aufl. 2002 § 4 MBKK Rn. 76; OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12, r+s 2013, 611 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76 und LG Potsdam 25. 11. 2008 – 12 O 499/07, VersR 2009, 491; Schubach in Terbill, Münchener Anwaltshandbuch VersRecht 2. Aufl. 2008 § 23 Rn. 141 unter Verweis auf Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 3. Aufl. 2002 § 4 MBKK Rn. 76 und BSG 25. 1. 1979 – 3 RK 83/78; unter Verweis auf dieselbe Fundstelle bei Schoenfeldt/Kalis möglicherweise ebenso: Müller-Stein in van Bühren, Handbuch VersRecht 3. Aufl. 2007 § 17 Rn. 257; LG Berlin 25. 8. 1992 – 7 O 33/90, r+s 1994, 71 unter Verweis auf Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser; vgl. auch Prölss in Prölss/Martin, VVG 27. Aufl. 2004 § 1 MBKK 94 Rn. 44; Rögler in Ruffer/Halbach/Schmikowski, VVG 2. Aufl. 2011 § 4 MBKK Rn. 11 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76 und Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 1 MBKK Rn. 31; Tschersich in Beckmann/Matusche-Beckmann, VersRechts-Handbuch 2. Aufl. 2009 § 45 Rn. 118 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76; LG Dortmund 12. 4. 2011 – 2 S 14/11, VersR 2011, 1305 unter Verweis OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76 und auf Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 1 MBKK Rn. 31; Eichelberger in Spickhoff, Medizinrecht 2. Aufl. 2014 § 192 VVG Rn. 36 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76 und Tschersich in Beckmann/Matusche-Beckmann, VersRechts-Handbuch 2. Aufl. 2009 § 45 Rn. 118; Wehmeyer/Schubach in Terbill/Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht 2. Aufl. 2013 § 5 Rn. 106 unter Verweis auf Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 3. Aufl. 2002 § 4 MBKK Rn. 76 und Verweis auf BSG 25. 1. 1979 – 3 RK 83/78 und nunmehr Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 1 MBKK Rn. 31 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76; Brömmelmeyer in Schwintowski/Brömmelmeyer, Praxiskommentar VersRecht 2. Aufl. 2011 § 192 VVG Rn. 28 unter Verweis auf OLG Zweibrücken 16. 8. 2007 – 1 U 77/07, VersR 2007, 1505 = NJOZ 2008, 76 und Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 1 MBKK Rn. 31.

²⁹ Voit in Prölss/Martin, VVG 29. Aufl. 2015, § 192 VVG Rn. 73; Egger VersR 2009, 1320.

im Sinne eines Stufen- oder Nachrangverhältnisses zur ambulanten Behandlung besteht.³⁰

Ein solches wird aber von der dies behauptenden Rspr. und Literatur postuliert, wobei freilich ebenfalls festzustellen ist, dass dieses Postulat letztlich anknüpfend an die Rspr. des BSG für den Bereich der gesetzlichen Krankenvers. aufgestellt wird, in dem – wie aufgezeigt – der Gesetzgeber ein solches Stufenverhältnis ausdrücklich formuliert hat. Insoweit widerspricht die derzeit zu diesem Thema überwiegende Rspr. und Literatur nicht nur der Rspr. des BGH,³¹ sondern agiert mit einem Zirkelschluss.

3. Wortlaut des § 4 Abs. 4 MBKK lässt VN auch kein Stufenverhältnis ahnen

Nach gefestigter und zutreffender Rspr. des BGH sind AVB und damit die MBKK so auszulegen, wie ein durchschnittlicher VN sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen muss.³² Dabei kommt es auf die Verständnismöglichkeiten eines VN ohne versrechtliche Spezialkenntnisse und damit – auch – auf seine Interessen an.³³ Ein solcher, weder juristisch noch versrechtlich vorgebildeter VN, der eine private Krankheitskostenvers. unterhält, geht zunächst vom Wortlaut der in den VersVertrag einbezogenen MBKK, die aus sich heraus zu interpretieren sind, aus.³⁴

Vor dem Hintergrund dieser Auslegungsgrundsätze ist die Bestimmung des § 4 Abs. 4 MBKK nicht geeignet, einen Vorrang der ambulanten vor der stationären Behandlung zu begründen, denn sie wiederholt mit der Voraussetzung der medizinisch notwendigen Heilbehandlung lediglich den Wortlaut des § 192 Abs. 1 VVG.³⁵ Zweck der Krankheitskostenvers. ist es, den VN gegenüber der Kostenlast im Krankheitsfall abzusichern.³⁶ § 4 Abs. 4 MBKK bestimmt für den VN erkennbar für den Bereich der stationären Heilbehandlung lediglich die Mindestvoraussetzungen, die eine Krankenanstalt erfüllen muss, um als so genanntes anerkanntes Krankenhaus

zu gelten.³⁷ Auch insoweit ist augenfällig, dass das versicherte Risiko einer primären Begrenzung bedurfte, weil etwa die äußere Bezeichnung einer sich selbst „Krankenhaus“ bezeichnenden Institution, die sich mit Heilbehandlungen befasst, noch nichts über deren objektiven Charakter besagt. Um diesen herauszustellen, wurden die Kriterien des § 4 Abs. 4 MBKK aufgestellt.³⁸ Deshalb anerkennt die Rspr. – ohne entsprechende ausdrückliche Zusage in den Vers- bzw. Tarifbedingungen – keine Erstattungspflicht bei einem so genannten Sterbehospiz, wenn keine ständige ärztliche Leitung zur Verfügung steht, sondern Ärzte zur Behandlung jeweils in das Hospiz kommen müssen.³⁹ Im Übrigen werden, für den VN erkennbar, lediglich die Leistungsvoraussetzungen des § 1 Abs. 2 MBKK wiederholt,⁴⁰ ohne dass sich hieraus ein eigener Regelungsgehalt ergäbe oder dem VN erschlosse.⁴¹ Vielmehr zielt auch das letzte in § 4 Abs. 4 MBKK enthaltene Erfordernis des Führens von Krankengeschichten auf das nach den ärztlichen Berufsordnungen über jeden Patienten zu führende Krankenblatt ab. Dieses Merkmal soll ebenfalls klarstellen, dass ein Krankenhaus, bei dessen Inanspruchnahme ein Leistungsanspruch entstehen kann, die üblichen Mindeststandards erfüllt, die Voraussetzung einer medizinisch notwendigen und sachgerechten Behandlung sind.⁴²

Zu berücksichtigen ist bei der stationären Heilbehandlung, dass diesbezüglich häufig tariflich Kostenerstattung für die gesondert berechnete Unterkunft im Zwei- oder Einbettzimmer, Wahl- und belegärztliche Leistungen vereinbart ist. Auch hier geht es nicht um medizinisch notwendige Heilbehandlung, da diese auch in einem Mehrbettzimmer bzw. durch im Krankenhaus angestellte Mediziner erfolgen kann.⁴³

In Rede stehen also insbesondere Kosten für nicht medizinische Leistungen (z. B. gehobene Zimmerausstattung, kostenfreies Bad – und sonstiges Sanitärzubehör, Fernseh- und Telefonnutzung ohne Grundgebühr etc.). Deren Erstattungsfähigkeit beurteilt sich aber – zwangsläufig – nicht nach deren medizinischer Notwendigkeit, so dass diesbezüglich Ausführungen betreffend die medizinische Notwendigkeit ins Leere gehen, sondern

³⁰ Egger VersR 2009, 1320.

³¹ BGH 12. 3. 2003 – IV ZR 278/01, r+s 2003, 246; BGH 29. 11. 1978 – IV ZR 175/77, VersR 1979, 221 = NJW 1979, 1250.

³² BGH 10. 12. 2014 – IV ZR 289/13, r+s 2015, 88; BGH 10. 12. 2014 – IV ZR 281/14, r+s 2015, 129.

³³ BGH 10. 12. 2014 – IV ZR 289/13, r+s 2015, 88; BGH 10. 12. 2014 – IV ZR 281/14, r+s 2015, 129.

³⁴ BGH 10. 12. 2014 – IV ZR 289/13, r+s 2015, 88; BGH 10. 12. 2014 – IV ZR 281/14, r+s 2015, 129; BGH 25. 7. 2012 – IV ZR 201/10, r+s 2012, 503; BGH 21. 4. 2010 – IV ZR 308/07, r+s 2010, 286; BGH 23. 6. 1993 – IV ZR 135/92, BGHZ 123, 83 = VersR 1993, 957.

³⁵ Voit in Prölss/Martin, VVG 29. Aufl. 2015, § 192 VVG Rn. 75 und § 4 MBKK Rn. 45; Egger VersR 2009, 1320 und VersR 2011, 705; wohl ebenso noch LG Dortmund 29. 6. 2006 – 2 S 49/05, BeckRS 2006, 09652; a.A. Baumhackel in Staudinger/Halm/Wendt Fachanwaltskommentar VersRecht, 2013 § 4 MBKK Rn. 28; LG Dortmund 12. 4. 2011 – 2 S 14/11, VersR 2011, 1305.

³⁶ BGH 29. 11. 1978 – IV ZR 175/77, VersR 1979, 221 = NJW 1979,

³⁷ Egger VersR 2009, 1320; Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 4 MBKK Rn. 29; Müller in Beckmann/Matusche-Beckmann, VersRechts-Handbuch 2. Aufl. 2009 § 44 Rn. 167.

³⁸ Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 3. Aufl. § 4 MBKK Rn. 90; Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 4 MBKK Rn. 29; Müller in Beckmann/Matusche-Beckmann, VersRechts-Handbuch 2. Aufl. 2009 § 44 Rn. 167; Egger VersR 2009, 1320.

³⁹ LG Köln VersR 2002, 47; Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 4 MBKK Rn. 30.

⁴⁰ Schoenfeldt/Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 3. Aufl. § 4 MBKK Rn. 76.

⁴¹ Egger VersR 2009, 1320.

⁴² Kalis in Bach/Moser, Private Krankenvers. 4. Aufl. 2009 § 1 MBKK Rn. 31.

⁴³ Egger VersR 2009, 1320.

nach dem darüber hinausgehenden Leistungsversprechen der Versicherer gemäß § 1 Abs. 1 S. 2a MBKK i.V.m. den Tarifbedingungen. Sofern hier die Kosten der (ggf. auch der gesondert berechneten) Unterbringung (auch im Ein- oder Zweibettzimmer) oder die Erstattung der Aufwendungen für wahl- bzw. belegärztliche Leistungen zugesagt werden, sind die entsprechenden Kosten zu erstatten. Dieses Leistungsversprechen geht schon seinem Inhalt nach regelmäßig ohne weiteres über die Erstattung rein medizinischer Leistungen hinaus⁴⁴. Es handelt sich um sonst vereinbarte Leistungen, die anlässlich des Versfalls der medizinisch notwendigen Heilbehandlung zu erstatten sind⁴⁵.

Der durchschnittliche VN kann aufgrund der Wiederholung der Leistungsvoraussetzungen des § 1 Abs. 2 MBKK in § 4 Abs. 4 MBKK erkennen, dass ihm für diese, an sich nicht medizinisch notwendige Heilbehandlung darstellenden Leistungen, nur dann vom Versicherer Kostenersatz gewährt wird, wenn die Heilbehandlung ihrerseits die Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 MBKK erfüllt, mithin medizinisch notwendig ist.⁴⁶ Dies ergibt sich letztlich auch aus der dem VN einleuchtenden und unumstrittenen Definition der Heilbehandlung, worunter jede ärztliche Tätigkeit zu verstehen ist, die durch die betroffene Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt und auf die Heilung oder Linderung bzw. Verhinderung der Verschlimmerung der Krankheit abzielt.⁴⁷ Danach ist die stationäre Unterbringung selbst keine Heilbehandlung. Es kommt deshalb für den VN erkennbar allein darauf an, ob die im Rahmen der stationären Unterbringung erbrachte ärztliche Tätigkeit als medizinisch notwendige Heilbehandlung anzusehen ist und ob das Krankenhaus die in § 4 Abs. 4 MBKK normierten

Voraussetzungen erfüllt, um eine Erstattungspflicht des Versicherers zu begründen. Mehr erkennt der durchschnittliche VN aus den MBKK nicht.⁴⁸

Bestärkt wird der VN in dieser Interpretation seiner MBKK, wenn er auch die weiteren Bedingungen zur Rate zieht und dort § 4 Abs. 5 MBKK⁴⁹ in den Blick nimmt, wonach für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren, bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von § 4 Abs. 4 erfüllen, die tariflichen Leistungen nur

dann gewährt werden, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Auch hieraus erkennt der VN, dass in den Regelungen des § 4 Abs. 4 und 5 MBKK auf die

Einrichtung der jeweiligen Krankenanstalt und ihre Ausrichtung abgestellt wird, ohne dass hierdurch von § 1 Abs. 2 MBKK abgewichen würde.

Auch der dem VN erkennbare Sinn und Zweck des § 4 Abs. 4 MBKK gebietet mithin nicht, zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ein Stufenverhältnis anzunehmen und diese einander gegenüberzustellen.⁵⁰ Das von Teilen der Rspr. und Literatur angenommene Erfordernis einer „*besonderen Notwendigkeit*“, insbesondere in Abgrenzung zu § 1 Abs. 2 MBKK vermag der durchschnittliche VN dem Wortlaut seiner MBKK nicht zu entnehmen.⁵¹

4. Risikobegrenzungen müssen klar formuliert sein
 Selbst wenn man mit dem OLG Köln⁵² bzw. dem OLG Hamm⁵³, zu dessen Entscheidung die Formulierung der Tarifbedingungen nicht ganz klar ist, oder mit dem LG Dortmund⁵⁴ annehmen wollte, dass § 4 Abs. 4 MBKK den Versuch einer Leistungsbegrenzung auf „medizinisch notwendige stationäre Behandlung“ (in Abgrenzung zur ambulanten Behandlung) formulieren soll, würde ein Verstoß gegen das Transparenzgebot vorliegen.⁵⁵ Die Regelung benachteiligt in der Auslegung durch die überwiegende Meinung die Versicherten entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen, weil sie insoweit nicht klar und verständlich ist (§ 307 Abs. 1 S. 1 und 2 BGB).

Nach der ständigen und zutreffenden Rspr. müssen in Allgemeinen VersBedingungen enthaltene Leistungsbegrenzungen und Allgemeine Geschäftsbedingungen insgesamt die Rechte und Pflichten des Vertragspartners möglichst klar und durchschaubar darstellen.⁵⁶

Dabei kommt es nach der zutreffenden Rspr. des BGH nicht nur darauf an, dass eine Klausel in ihrer Formulierung für den maßgeblichen durchschnittlichen VN oder Versicherten (noch) verständlich ist.⁵⁷ Vielmehr gebieten es Treu und Glauben, dass sie die wirtschaftlichen Nachteile und Belastungen soweit erkennen lässt, wie

⁴⁴ LG Berlin 2. 9. 2003 – 7 S 17/03, r+s 2004, 72.

⁴⁵ Egger VersR 2005, 1047.

⁴⁶ Egger VersR 2009, 1320.

⁴⁷ BGH 17. 12. 2014 – IV ZR 399/13, r+s 2015, 142; BGH 10. 7. 1996 – IV ZR 133/95, BGHZ 133, 208 = VersR 1996, 1224; BGH 17. 12. 1986 – IVa ZR 78/85, VersR 1987, 278; BGH 14. 12. 1977 – IV ZR 12/76, VersR 1978, 271 = NJW 1978, 1197; OLG Düsseldorf VersR 1973, 636.

⁴⁸ Egger VersR 2009, 1320.

⁴⁹ Unten 4.

⁵⁰ Voit in Prölss/Martin, VVG 29. Aufl. 2015, § 192 VVG Rn. 75; Egger VersR 2009, 1320.

⁵¹ Voit in Prölss/Martin, VVG 29. Aufl. 2015, § 192 VVG Rn. 75; Egger VersR 2009, 1320.

⁵² OLG Köln 21. 12. 2012 – 20 U 186/12 – r+s 2013, 611.

⁵³ OLG Hamm 15. 3. 1972 – 20 U 175/71, VersR 1972, 777.

⁵⁴ LG Dortmund 12. 4. 2011 – 2 S 14/11, VersR 2011, 1305; anders noch LG Dortmund 29. 6. 2006 – 2 S 49/05, BeckRS 2006, 09652.

⁵⁵ Voit in Prölss/Martin, VVG 29. Aufl. 2015, § 192 VVG Rn. 75.

⁵⁶ BGH 10. 12. 2014 – IV ZR 289/13, r+s 2015, 88.

⁵⁷ BGH 10. 12. 2014 – IV ZR 289/13, r+s 2015, 88.

dies nach den Umständen gefordert werden kann.⁵⁸ Wird der VersSchutz durch eine AVB-Klausel, hier § 4 Abs. 4 MBKK, eingeschränkt, so muss dem VN oder Versicherten deutlich vor Augen geführt werden, in welchem Umfang VersSchutz trotz der Klausel noch besteht.⁵⁹

Diesem Transparenzerfordernis genügt § 4 Abs. 4 MBKK in der von der herrschenden Meinung für richtig gehaltenen Auslegung im Sinne eines Stufenverhältnisses zwischen ambulanter und stationärer Heilbehandlung nicht,⁶⁰ wie ein Vergleich der MBKK und der MBBT, beide vom Verband der privaten Krankenvers. herausgegeben, verdeutlicht:

§ 1 der MBKK bestimmt:

„VersFall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der VersFall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.“

§ 1 Abs. 1a der MBKK bestimmt:

„Der Versicherer bietet VersSchutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im VersFall erbringt der Versicherer in der Krankheitskostenvers. Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.“

§ 4 MBKK lautet wie folgt:

„(1) Art und Höhe der VersLeistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.“

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvalenzzenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei TBC-Erkrankungen wird im vertraglichen Umfang auch für die stationäre Behandlung in TBC-Heilstätten und –Sanatorien geleistet...“

Abweichend hiervon hat der Verband der privaten Krankenvers. in den Musterbedingungen zum brancheneinheitlichen Basistarif den Umfang der VersLeistungen und die VersLeistungen folgendermaßen beschrieben:

§ 4 MBBT Umfang der Leistungspflicht

(1) Art, Höhe, Umfang und Dauer der VersLeistungen ergeben sich aus dem Tarif.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person Anspruch auf Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nach Maßgabe von Abschnitt D. des Tarifs BT. (Hervorhebung durch Verfasser) (...)

Tarif BT

Leistungen des Versicherers

Die Höhe der VersLeistungen hängt davon ab, welcher Tarifstufe und welcher Leistungsstufe innerhalb der Tarifstufe die versicherte Person angehört. (...)

A. Ambulante Heilbehandlung
(...)

10. Ambulante medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilund Hilfsmittel, wenn diese medizinisch notwendig sind, um
(a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
(b) einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken,
(c) Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
(d) Pflegebedürftigkeit zu vermeiden,
wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(2) Erstattungsfähig sind auch ambulante Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten, **wenn die Vorsorgeleistungen nach Abs. 1 nicht ausreichen** und der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Die übrigen im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehenden Kosten sind nicht erstattungsfähig. (Hervorhebung durch den Verfasser) (...)

⁵⁸ BGH 10. 12. 2014 – IV ZR 289/13, r+s 2015, 88; BGH 8. 5. 2013 – IV ZR 84/12, VersR 2013, 995 = NJW 2013, 2739; BGH 11. 2. 2009 – IV ZR 28/08, r+s 2009, 248; BGH 30. 4. 2008 – IV ZR 241/04, r+s 2008, 292.

⁵⁹ BGH 10. 12. 2014 – IV ZR 289/13, r+s 2015, 88; BGH 10. 12. 2014 – IV ZR 281/14, r+s 2015, 129; BGH 8. 5. 2013 – IV ZR 84/12, r+s 2013, 601; BGH 8. 5. 2013 – IV ZR 233/11, r+s 2013, 382.

⁶⁰ Voit in Prölss/Martin, VVG 29. Aufl. 2015, § 192 VVG Rn. 75.

D. Stationäre Heilbehandlung

1. Krankenhausbehandlung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß den Krankenhausbehandlungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Krankenhäusern, die (...)

2. Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen

(1) **Reichen ambulante medizinische Vorsorgeleistungen nach Abschnitt A Nr. 10 nicht aus, sind Aufwendungen für Behandlung, Unterkunft und Verpflegung in Vorsorgeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.** (...)(Hervorhebung durch Verfasser)

Damit ist festzustellen, dass die Regelungen zur Erstattungspflicht zwischen den MBKK und den MBBT deutlich voneinander abweichen, obwohl sie zur gleichen Zeit überarbeitet wurden, und dass die Musterbedingungen betreffend den Basistarif ausdrücklich ein Stufenverhältnis zwischen ambulanter und stationärer

Heilbehandlung vorsehen, während dies in den MBKK ebenso wenig formuliert wird, wie im VVG, obgleich der Gesetzgeber im SGB V oder auch die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages für den Bereich der gesetzlichen Krankenvers. ausdrücklich ein Stufenverhältnis normiert haben.

Es wird hier nicht verkannt, dass ein solches Stufenverhältnis v.a. aus Kostengesichtspunkten durchaus sinnvoll erscheinen kann und es grundsätzlich Sache eines jeden Versicherers ist, wie er seine Versbedingungen gestaltet. Die tatsächlich vorkommenden Gestaltungen, auch die obigen Zitate aus den Musterbedingungen, belegen jedoch, dass die MBKK die von der h.M. für den VN gewünschten Nachteile und Belastungen – nämlich ein Stufenverhältnis bei der Erstattungspflicht zwischen ambulanter und stationärer Heilbehandlung – nicht soweit erkennen lassen, wie dies nach den Umständen gefordert werden kann. Es ist kein Grund ersichtlich, warum die MBKK nicht ausdrücklich ein Stufenverhältnis formulieren, wenn ein solches verlangt werden sollte. Dass ein solches Stufenverhältnis mühelos und klar formuliert werden kann, belegen die obigen Zitate aus den MBBT bzw. anderen vertraglichen bzw. gesetzlichen Regelungen.

Schon angemeldet?

Juradent 
 Eine Marke des Asgard-Verlags

www.juradent.de

-  **Rechtsprechung**
-  **individueller Rat von Experten**
-  **Textbausteine und Musterbriefe**
-  **kompetente Erläuterungen zu Fachfragen**
-  **Merkblätter**



... damit Sie wieder mehr Zeit für Ihre Patienten haben!

www.juradent.de

5. Ergebnis: In den MBKK ist bezüglich medizinischer Notwendigkeit nicht zwischen ambulanter und stationärer Heilbehandlung zu differenzieren, soweit nicht Tarifbestimmungen ausdrücklich anderes vorsehen

Nach der zutreffenden Rspr. des BGH liegt eine „medizinisch notwendige“ Heilbehandlung i.S.d. § 1 Abs. 2 MBKK jedenfalls dann vor, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen.⁶¹ Von der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung ist im Allgemeinen dann auszugehen, wenn sich eine Behandlungsmethode dazu eignet, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken.⁶² Steht diese Eignung nach medizinischen Erkenntnissen fest, ist der Versicherer eintrittspflichtig.⁶³ Vertretbar ist die Annahme medizinischer Notwendigkeit der Heilbehandlungsmaßnahme also, wenn sie geeignet ist, eine Krankheit zu heilen, zu lindern, zu bessern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken.

Dass hier zwischen ambulant durchgeführten und stationär durchgeführten Heilbehandlungsmaßnahmen zu unterscheiden sein sollte, diese gegeneinander im Sinne eines Stufenverhältnisses oder der Erforderlichkeit abgegrenzt werden sollten, ist für den durchschnittlichen VN aus den MBKK bzw. dem VVG nicht erkennbar. Deshalb hatte der BGH schon in seiner Entscheidung vom 29. 11. 1978⁶⁴ die Erstattungspflicht des Versicherers für die Kosten der stationären Heilbehandlungsmaßnahmen angenommen, in einem Fall, da sowohl die ambulante als auch die stationäre Durchführung der Heilbehandlungsmaßnahme aus medizinischer Sicht als geeignet zur Heilung der Krankheit angesehen worden sind. Bereits in dieser Leitentscheidung⁶⁵ hatte der BGH darauf hingewiesen, dass es medizinisch durchaus umstritten sein könne, welche Therapie bei einer bestimmten Krankheit richtig und notwendig sei, dass sich die „Richtigkeit“ der einen oder anderen Auffassung – wenn überhaupt – oft erst nach Jahren erweise. Für den durchschnittlichen VN ist es aber unzumutbar, dieses Risiko tragen zu müssen. Mehr als der Nachweis, dass es nach den damaligen medizinischen Befunden und Erkenntnissen vertretbar war, die Behandlung als notwendig durchzuführen, kann von ihm nicht verlangt

werden. Das hat der BGH später bestätigt⁶⁶ und verweist in seiner Rspr. stets auf diese Entscheidungen, wenn es um Fragen der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung geht.⁶⁷

Soweit im Rahmen der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung der für die stationäre Behandlung erforderliche höhere Kostenaufwand als weiteres zu berücksichtigendes Kriterium aufgeführt wurde, was sich zwangsläufig aus einer Abwägung des wirtschaftlichen Risikos der Beteiligten ergebe, so dass der VN nach Treu und Glauben dem Versicherer gegenüber aus dem VersVertrag verpflichtet sei, „bei medizinisch gleichwertigen, kostenmäßig aber um ein Vielfaches auseinanderliegenden Behandlungsmethoden die billigere zu wählen“,⁶⁸ hat der BGH dem in seiner Entscheidung vom 12. 3. 2003 mit zutreffenden Gründen ausdrücklich widersprochen.⁶⁹

Wenn also im Streitfall die sachverständige Überprüfung ergibt, dass es aus medizinischer Sicht vertretbar ist anzunehmen, dass die konkret in Rede stehende stationäre Heilbehandlung geeignet ist, zur Heilung, Besserung, Linderung bzw. Verhinderung der Verschlimmerung der Krankheit beizutragen, ist von medizinischer Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung auszugehen. Daraus ergibt sich dann auf Basis der MBKK die Erstattungspflicht des Versicherers dem Grunde nach. Auf die Frage, ob die Heilung, Besserung, Linderung bzw. Verhinderung der Verschlimmerung der Krankheit auch ambulant erreicht werden könnte, kommt es – im Rahmen der MBKK – nicht an.

Etwas anderes kann sich nur dann ergeben, wenn in den VersBedingungen (wie z.B. in den MBBT) zwischen ambulanter und stationärer Heilbehandlung ausdrücklich ein Stufenverhältnis formuliert wäre, etwa dergestalt, dass eine Erstattungspflicht für stationäre Behandlung nur dann besteht, wenn gerade die Einrichtungen des Krankenhausbetriebs zur Behandlung des bestehenden Leidens besser geeignet sind, als die Möglichkeiten des ambulanten Behandlers.⁷⁰

⁶¹ BGH 17. 12. 2014 – IV ZR 399/13, r+s 2015, 142; BGH 30. 10. 2013 – IV ZR 307/12, r+s 2014, 25; BGH 29. 11. 1978 – IV ZR 175/77, VersR 1979, 221 = NJW 1979, 1250.

⁶² BGH 30. 10. 2013 – IV ZR 307/12, r+s 2014, 25.

⁶³ BGH 30. 10. 2013 – IV ZR 307/12, r+s 2014, 25.

⁶⁴ BGH 29. 11. 1978 – IV ZR 175/77, VersR 1979, 221 = NJW 1979, 1250.

⁶⁵ BGH 29. 11. 1978 – IV ZR 175/77, VersR 1979, 221 = NJW 1979, 1250.

⁶⁶ BGH 10. 7. 1996 – IV ZR 133/95, VersR 1996, 1224

⁶⁷ BGH 30. 10. 2013 – IV ZR 307/12, r+s 2014, 25; BGH 12. 3. 2003 – IV ZR 278/01, r+s 2003, 246.

⁶⁸ LG Münster 26. 11. 1979 – 11 O 110/79, VersR 1981, 671 unter Verweis auf Bach VersR 1979, 792.

⁶⁹ BGH 12. 3. 2003 – IV ZR 278/01, r+s 2003, 246.

⁷⁰ Egger VersR 2011, 705.

LG Düsseldorf kippt Auskunftsanspruch der DKV

Urteil des Landgerichts Düsseldorf
vom 2. Mai 2016 – 9 O 236/11 -



Dr. Gerd Mayerhöfer

Ein seinerzeit bei der Victoria Krankenversicherung AG (im Oktober 2010 mit der DKV verschmolzen) versicherter Patient, selbst Jurist und in leitender Stellung bei einer großen Behörde, reichte eine auf einer Gebührenvereinbarung beruhende Rechnung vom 9. Dezember 2009 über € 12.123,50 gleich nach Erhalt zwecks Erstattung ein. Erst mit Schreiben vom 3. März 2010 erhielt er keine Erstattung, sondern einen langen Brief, mit dem er „zwecks Prüfung des Leistungsanspruchs“ zur Vorlage zahlreicher Unterlagen aufgefordert wurde. Ferner enthielt der Brief 11 Fragen wie beispielsweise „Welche individuelle Gestaltung des Abformlöffels wurde vorgenommen und welches Abformmaterial wurde verwendet?“.

Der empörte Patient drohte Klage an und setzte der Victoria KV eine Frist zur Erstattung des unstrittigen Teils der Rechnung. Die Victoria KV erwiderte, eine Teilerstattung sei nicht möglich und bestand auf der Übersendung der angeforderten Unterlagen und Beantwortung der gestellten Fragen. Daraufhin wurde die Klage eingereicht.

Auch auf die folgenden Rechnungen erhielt der Patient keine Erstattung, ohne dass zu diesen Rechnungen Fragen gestellt wurden. Nur auf eine Rechnung erfolgte eine Erstattung in Höhe des 2,3fachen des Gebührensatzes. Im Prozess wurde erklärt, dies sei versehentlich erfolgt.

Am 2. Mai 2016 verkündete das Landgericht Düsseldorf folgendes Urteil:

„In dem Rechtsstreit ... gegen die DKV Deutsche Krankenversicherung AG ... hat die 9. Zivilkammer des Landgerichts Düsseldorf aufgrund mündlicher Verhandlung vom 29.02.2016 für Recht erkannt:

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 11.455,23 € nebst Zinsen aus 6.061,75 € seit dem 27.07.2011, aus

794,31 € seit dem 16.05.2012 und aus 4.599,17 € seit dem 11.04.2013 zu zahlen. ...

Tatbestand:

Die Parteien streiten über Ansprüche aus einer privaten Krankenversicherung.

Der Kläger unterhält bei der Beklagten ergänzend zu der ihm zustehenden Beihilfe (Beihilfeberechtigung 50 %) eine private Krankenversicherung, die ursprünglich im Jahr 1992 bei der Rechtsvorgängerin der Beklagten, der Victoria Krankenversicherung AG, abgeschlossen wurde. Vereinbart waren unter anderem die Tarife ZB 50 und BE 50. Dem Vertrag lagen die Allgemeinen Versicherungs- und Tarifbedingungen Stand 1976 zugrunde. ...

Mit Schreiben vom 03.03.2010 bat die Beklagte den Kläger um Übersendung von Unterlagen, Röntgenbildern und Modellen. Nachdem der Kläger diese Informationen nicht übermittelt hatte, verwies die Beklagte mit Schreiben vom 10.04.2010 sowie in den nachfolgenden Mitteilungen betreffend die vorstehend genannten Rechnungen auf einen ihr zustehenden Anspruch auf Erteilung von Auskünften, ohne welche eine Prüfung nicht möglich sei.

Der Kläger meint, die Beklagte sei nicht berechtigt, von ihm eine Begründung zur Notwendigkeit einzelner Leistungen oder die Vorlage von Behandlungsunterlagen zu verlangen. Indem die Beklagte darauf beharre, verletze sie sein Persönlichkeitsrecht. Es reiche nicht aus, allgemein alle möglichen Unterlagen zu fordern. Die Beklagte müsse vielmehr im Einzelnen dartun und begründen, weshalb sie die eine oder andere Unterlage zu erhalten wünsche. Dem genüge das pauschale Ansinnen der Beklagten nicht. ...

Die Beklagte meint, die Klageforderung sei infolge der Weigerung des Klägers zur Beantwortung der Fragen

im Schreiben vom 03.03.2010 gar nicht fällig. Die Berechtigung Unterlagen zu fordern, ergebe sich schon daraus, dass der Kläger eine Vergütung anhand des 8,2-fachen Gebührensatzes mit dem Streitverkündeten vereinbart habe. ...

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet.

1.

Der Kläger hat Anspruch gegenüber der Beklagten auf Zahlung der im Tenor genannten Versicherungsleistungen aus dem zwischen den Parteien bestehenden Versicherungsvertrag.

Die geltend gemachten Ansprüche sind fällig. Die Beklagte kann einer Zahlung nicht die Einrede der fehlenden Fälligkeit entgegenhalten. Der Fälligkeit steht nicht entgegen, dass der Kläger die Fragen der Beklagten im Schreiben vom 03.03.2010 nicht beantwortet hat. Fälligkeitsvoraussetzung ist zunächst, dass der Versicherungsnehmer dem Versicherer eine den Anforderungen von § 10 GOZ genügende Rechnung vorlegt (vgl. nur Voit in: Prölss/Martin, VVG, 29. Aufl. 2015, § 192 Rn. 120 m.w.N.). Das ist hier erfolgt. Die einzelnen streitgegenständlichen Rechnungen genügen den dort genannten Anforderungen. Insbesondere enthalten die Rechnungen das jeweilige Datum der Leistungserbringung und nennen die einzelnen Leistungen unter Bezugnahme auf konkrete Gebührensatzungen der GOZ.

Grundsätzlich hat der Versicherer zwar das Recht, seine Leistungspflicht zu prüfen. Das ergibt sich bereits aus § 14 VVG, wonach Geldleistungen des Versicherers mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen fällig sind. Diesbezüglich regelt § 6 Abs. 1 MB/KK 76, dass der Versicherer nur zur Leistung verpflichtet ist, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Gleichwohl steht der Umstand, dass der Kläger Nachfragen der Beklagten im Schreiben vom 03.03.2010 nicht beantwortet hat, im konkreten Fall der Fälligkeit nicht entgegen. Denn die umfangreichen Fragen der Beklagten gingen maßgeblich über dasjenige hinaus, was einem Versicherungsnehmer zugemutet werden kann. Soweit § 6 Abs. 1 MB/KK 76 geforderte Nachweise nennt, sind dies zunächst Belege über die entstandenen Kosten, die i.d.R. den Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit sowie die erbrachten Leistungen enthalten muss (Voith in: Prölss/Martin, VVG, 29. Aufl. 2015, § 6 MB/KK 2009 Rn. 4).

Diese Angaben sind in den vom Kläger vorgelegten Rechnungen aber bereits enthalten. Die Beklagte kann von einem Versicherungsnehmer darüber hinaus nicht verlangen, dass Unterlagen in Bezug auf die erhobenen Befunde, Röntgenaufnahmen oder angefertigte Modelle, welche möglicherweise nicht einmal im Eigentum des Versicherungsnehmers stehen, zur Verfügung gestellt werden, mit der Folge, dass das Eigentum hieran auf die Beklagte übergeht.

Auch aus § 9 Abs. 2 MB/KK ergibt sich die Pflicht zur Vorlage sämtlicher angeforderter Informationen nicht. Danach hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. In diesem Zusammenhang ist auch § 213 Abs. 3 VVG zu berücksichtigen, wonach eine Erhebung von Daten auf entsprechendes Verlangen hin nur erfolgen darf, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist. Das Bundesverfassungsgericht weist diesbezüglich darauf hin, dass eine uneingeschränkte Einwilligung zur Einsicht in die Krankenakten eine für den Versicherungsnehmer nicht mehr kontrollierbare Preisgabe des informationellen Selbstbestimmungsrechts erlauben würde (BVerfG VersR 2006, 1669). Eine Obliegenheit zur Gewährung umfassender Einsicht in die Krankenakten ist damit nicht vereinbar (Voith in: Prölss/Martin, VVG, 29. Aufl. 2015, § 9 MB/KK 2009 Rn. 5).

Angesichts der Vielzahl der angeforderten Informationen kommt die Anforderung der zahlreichen Informationen einer umfassenden Einsicht in die Krankenakte des Klägers zumindest aus Sicht eines Versicherungsnehmers, der selbst regelmäßig medizinischer Laie ist, sehr nahe. Von einem Versicherungsnehmer kann jedoch nicht verlangt werden, aus der Fülle der im konkreten Fall angeforderten Informationen diejenigen heraus zu destillieren, welche er der Beklagten in zumutbarer Weise zur Verfügung stellen müsste und welche tatsächlich zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Leistungsumfangs erforderlich sind. Das gilt insbesondere deshalb, weil - wie im Rahmen des Termins zur mündlichen Verhandlung am 29.02.2016 klaggestellt - zwischen den Parteien unstrittig ist, dass krankheits- und befundbedingte Erschwernisse in den maßgeblichen Tarifen ohne Bedeutung sind. Diverse der Fragen im Schreiben vom 03.03.2010 beziehen sich indes auf außergewöhnliche krankheits- oder befundbedingte Besonderheiten. Diesbezügliche Fragen musste der Kläger daher bereits aus diesem Grund nicht beantworten.

Soweit die Beklagte danach in Bezug auf einzelne der angefragten Positionen gleichwohl ein berechtigtes

Interesse auf Zurverfügungstellung gehabt haben sollte, kann dies im konkreten Fall der Fälligkeit nicht entgegenstehen. Denn wäre dies der Fall, läge das Risiko einer Unterscheidung zwischen berechtigten und unberechtigten Informationsanfragen beim Versicherungsnehmer. Dann könnte eine Versicherung jedoch stets dadurch der Erstattung von Rechnungen entgehen, dass sie eine Vielzahl von Informationen anfordert, die sie überhaupt nicht verlangen kann, solange an einzelnen angefragten Angaben ein berechtigtes Interesse besteht.

Des Weiteren ist mehr als zweifelhaft, ob ein Versicherungsnehmer, der regelmäßig medizinischer Laie ist, die fachlichen Fragen beantworten kann. Es ist darüber hinaus aus dem Fragebogen nicht ersichtlich, ob die Beklagte eventuelle Kosten, die durch Rückfragen des Klägers beim behandelnden Zahnarzt entstehen könnten, erstatten würde. Der Versicherungsnehmer müsste also zusätzlich das Risiko tragen, mit weiteren Kosten belastet zu werden.

Die Beklagte kann im konkreten Fall auch nicht mit dem Argument gehört werden, dass die Vorlage sämtlicher angeforderter Dokumente notwendig war, um prüfen zu können, inwieweit die einzelnen Leistungen medizinisch notwendig waren. Sie hat die medizinische Notwendigkeit allein in Bezug auf Speicheltests und eine Lappenoperation, die mit der Rechnung Nr. 1 abgerechnet sind, bestritten (dazu unten unter 2.). Im Übrigen war die medizinische Notwendigkeit - wie vom Beklagtenvertreter im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 29.02.2016 nochmals klagestellt - allein hinsichtlich der Begründung des Steigerungssatzes streitig. Ist die medizinische Notwendigkeit aber grundsätzlich gegeben, berechtigt eine (von der Versicherung vermutete) „Übermaßvergütung“ nicht zu einer Leistungskürzung oder gar Leistungsverweigerung.

2.

Die abgerechneten Leistungen waren auch sämtlich medizinisch notwendig. In Bezug auf die Mehrzahl der abgerechneten Leistungen ist die medizinische Notwendigkeit zwischen den Parteien unstrittig. Diesbezüglich hat der Beklagtenvertreter im Termin zur mündlichen Verhandlung am 29.02.2016 nochmals klaggestellt, dass die medizinische Notwendigkeit abgesehen von den nachstehend erörterten Positionen allein hinsichtlich der Begründung des Steigerungssatzes bestritten war.

Streitig war die medizinische Notwendigkeit lediglich hinsichtlich des Speicheltests sowie der Lappenoperation, die in der Rechnung Nr. 1 abgerechnet sind.

Medizinisch notwendig ist eine Behandlung, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen (vgl. nur Voith in: Prölss/Martin, VVG, 29. Aufl. 2015, § 192 Rn. 61). Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass diese Maßnahmen medizinisch notwendig waren. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 19.12.2012 überzeugend ausgeführt, dass der abgerechnete Speicheltest zusammen mit anderen Tests dazu dient, herauszufinden, wie das Kariesrisiko des Patienten einzuschätzen ist. Vor diesem Hintergrund hat der Sachverständige es als vertretbar erachtet, diese Untersuchung als notwendig anzusehen. In gleicher Weise hat der Sachverständige bestätigt, dass keinerlei Hinweise bestünden, dass die Lappenoperation medizinisch nicht indiziert gewesen sei. Mithin war es vertretbar, die Behandlungen als medizinisch notwendig anzusehen.

3.

a) Es liegt auch jeweils eine wirksame Gebührenvereinbarung zugrunde. Soweit die Beklagte zunächst hilfsweise die Wirksamkeit der Gebührenvereinbarung vom 16.02.2012 bestritten hat, hat sie dieses Bestreiten nach Auffassung des Gerichts nicht aufrechterhalten. Vielmehr hat sie im Schriftsatz vom 13.11.2013 ausgeführt, dass auf den 3,5-fachen Steigerungssatz abzustellen sei. Damit hat sie zumindest zugestanden, dass die Voraussetzungen für eine Berechnung über den 2,3-fachen Satz hinaus erfüllt sind. Im Übrigen entbehrt die pauschale Behauptung, es handele sich bei der Gebührenvereinbarung um vom Streithelfer verwendete AGB, konkreten Anhaltspunkten dafür, dass die streitgegenständliche Gebührenvereinbarung unabhängig vom konkreten Einzelfall getroffen worden wäre. Ersichtlich beziehen sich die Vereinbarungen auf die bevorstehenden zahnärztlichen Behandlungen, die ausweislich der vorgelegten Rechnungen bereits am 16.02.2012, also am Tag des Abschlusses der Gebührenvereinbarung begonnen wurden. Die Beklagte hätte zumindest in Erwiderung auf den Schriftsatz des Streithelfers vom 07.10.2013 Anlass gehabt, zu dieser Thematik ergänzend vorzutragen. Das ist jedoch nicht erfolgt.

b) Die Beklagte konnte nicht auf Grundlage von § 5 Abs. 2 MB/KK 76 die Leistung kürzen oder verweigern. Diese Vorschrift betrifft allein die Übermaßbehandlung, nicht aber eine vermeintlich übermäßige Vergütung im Sinne einer unwirtschaftlichen Behandlung (BGH VersR 2003, 581).

c) Die Leistungspflicht der Beklagten entfällt auch nicht deshalb, weil der Streithelfer Gebührensätze abgerech-

net hat, die möglicherweise teilweise erheblich über den durchschnittlichen Sätzen liegen. Gemäß § 192 Abs. 2 VVG ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Während neuere AVB in § 5 Abs. 2 Satz 2 eine dem § 192 Abs. 2 VVG entsprechende Regelung enthalten, findet sich eine solche in den hier maßgeblichen MB/KK 76 nicht. Es kann jedoch dahinstehen, ob § 192 Abs. 2 VVG - auch unter Berücksichtigung von Art. 1 Abs. 3 EGVVG - ergänzend als dispositives Gesetzesrecht zu berücksichtigen ist. Denn unabhängig davon, ob dies der Fall ist, kann die Beklagte die Leistung insbesondere nicht deshalb verweigern, weil der Streithelfer nach ihrer Auffassung unangemessen hohe Steigerungssätze in Ansatz gebracht hätte. Denn es steht nicht zur Überzeugung der Kammer fest, dass unangemessen hohe Gebührensätze abgerechnet wurden. Die Voraussetzungen für das Vorliegen eines auffälligen Missverhältnisses muss der Versicherer darlegen und beweisen, der sich auf eine Kürzungsbefugnis berufen will (BGH VersR 2003, 581). Den Versicherungsnehmer trifft nach allgemeinen Grundsätzen ggf. eine sekundäre Darlegungslast (Rogler in: Ruffer/Halbach/Schimikowski, VVG, 3. Aufl. 2015, § 192 Rn. 27 m.w.N.).

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht nicht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass ein solches auffälliges Missverhältnis vorliegt. Der Sachverständige hat vielmehr zur Überzeugung des Gerichts dargelegt, weshalb die abgerechneten Leistungen des Streitverkündeten nicht in einem auffälligen Missverhältnis stehen zu den erbrachten Leistungen. Unter Bezugnahme auf die vorherige schriftliche Begutachtung hat der Sachverständige im Rahmen der mündlichen Anhörung im Termin am 29.02.2016 ausgeführt, dass er sich mit jeder einzelnen Gebührenposition auseinandergesetzt habe. Im Rahmen der Begutachtung habe er neben der ausführlichen Patientenakte insbesondere angefertigte Modelle und Röntgenbilder ausgewertet. Dabei habe sich ergeben, dass die Arbeitsschritte stimmig und plausibel dokumentiert seien, so dass sich keine Zweifel an der Richtigkeit des Vorgehens des Behandlers ergäben. Auch im Vergleich zu einer Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte aus dem Jahr 2002 sei festzustellen, dass der dort ausgewiesene zeitliche Aufwand für einzelne Positionen nicht vergleichbar sei mit dem Vorgehen des Behandlers. Vielmehr ergäben sich aus der Patientenakte und den sonstigen begutachteten Informationen und Daten diverse Anhaltspunkte dafür, dass der Zeitaufwand, den der Behandler betreibt, deutlich über das hinausgehe, was in üblichen Zahnarztpraxen veranschlagt werde.

Zwar kann grundsätzlich ein Marktvergleich für die Beurteilung der Frage, ob ein auffälliges Missverhältnis

zwischen dem Wert der erbrachten Leistung und der Gegenleistung vorliegt, angestellt werden (BGH VersR 2003, 581). Insoweit ist grundsätzlich auch eine Bezugnahme auf Studien möglich. Im vorliegenden Fall kann der Verweis auf die von Dr. Kirchhoff zitierte Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte aus dem Jahr 2002 jedoch keine Grundlage für eine Beurteilung eines auffälligen Missverhältnisses darstellen. Die Beklagte hat bereits nicht hinreichend dargetan, inwieweit eine Vergleichbarkeit der dortigen Erhebungen mit den Behandlungen des Klägers durch den Streitverkündeten gegeben ist. Der Sachverständige hat im Termin zur mündlichen Verhandlung überzeugend erläutert, weshalb die Studie aus dem Jahr 2002 die heutigen Gegebenheiten nicht mehr realistisch wiedergibt. Hinzu kommt, dass ein Vergleich nur dann möglich wäre, wenn auch die jeweils erbrachten Leistungen miteinander vergleichbar wären. Der Sachverständige hat indes nachvollziehbar dargestellt, inwiefern sich die Leistungen des Dr. Mayerhöfer in dem konkreten Fall von den durchschnittlichen Leistungen, die offenbar der Studie zugrunde lagen, unterscheiden. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der weiteren Erläuterungen des Streitverkündeten im Termin, welchen die Beklagte nicht entgegengetreten ist. Dort hat Dr. Mayerhöfer plausibel erläutert, dass er beispielsweise ein Anästhetikum besonders vorsichtig und langsam appliziert, um die Applikation für den Patienten so wenig schmerzhaft wie möglich zu gestalten. Diese Vorgehensweise korrespondiert mit der Auswertung des Sachverständigen, soweit dieser eine besondere Präzision und Sorgfalt des behandelnden Zahnarztes bestätigt. Dauert die Behandlung bereits aus diesem Grund deutlich länger, fehlt es auch insoweit an einer Vergleichbarkeit mit allgemeinen und bereits älteren Durchschnittswerten.

d) Es war auch nicht erforderlich, angesichts der Einwendungen der Beklagten im Rahmen des nachgelassenen Schriftsatzes erneut in die mündliche Verhandlung einzutreten und ein weiteres Sachverständigengutachten einzuholen oder den gerichtlich bestellten Sachverständigen erneut zu befragen. Richtig an den Anmerkungen der Beklagten ist sicherlich, dass sich nicht sämtliche Einträge in der umfangreichen Patientenakte auf konkrete zahnärztliche Behandlungen, die Gegenstand des Rechtsstreits sind, beziehen. Jedoch ist daraus nicht zu schlussfolgern, dass ein auffälliges Missverhältnis zwischen erbrachten und abgerechneten Leistungen besteht. Auch die Vermutung der Beklagten, dass der Sachverständige eine andere als die im Termin vorgelegte Patientendokumentation ausgewertet habe, ist aus Sicht des Gerichts nicht begründet. Zunächst lässt sich aus dem Umstand, dass der Streitverkündete auch Angaben mit Bezug zum hiesigen Rechtsstreit in der Patientenakte niedergeschrieben hat, nicht schließen, dass sich hinter den höheren Steigerungssätzen

eine Mischkalkulation aus zahnärztlicher Tätigkeit und Funktion als Streithelfer verbergen könnte. Insoweit spekuliert die Beklagte. Aus den weiteren Umständen ist klar ersichtlich, dass der Sachverständige, auch wenn er zur Begründung der besonderen Genauigkeit des Vorgehens des Streitverkündeten auf die gesamte Patientenakte Bezug genommen hat, sicherlich nicht die gerichtliche Korrespondenz gemeint hat. Eine abweichende Interpretation erscheint aus Sicht des Gerichts abwegig. Es hilft der Beklagten insoweit auch nicht weiter, dass sie die Mutmaßungen des beratenden Zahnarztes Dr. Kirchhoff aus dessen Stellungnahme vom 22.03.2016 wörtlich wiedergibt.

Soweit die Beklagte im nachgelassenen Schriftsatz zum Themenkomplex Röntgenbilder und Modelle auf die Stellungnahme von Dr. Kirchhoff verweist, kann dahinstehen, ob eine derart pauschale Bezugnahme überhaupt berücksichtigungsfähig ist. Auch in der Sache kann das dort Dargelegte eine abweichende Beurteilung und insbesondere eine weitere Beweisaufnahme nicht rechtfertigen. Soweit Dr. Kirchhoff auf Röntgenbilder und Modelle, welche der Beklagten aus früheren Verfahren betreffend Patienten des Dr. Mayerhöfer vorliegen sollen, Bezug nimmt, stellt er lediglich die pauschale Behauptung auf, dass sich diese in keiner Weise von Röntgenbildern oder Modellen durchschnittlicher Zahnärzte unterscheiden würden. Auch soweit auf vermeintliche Fehler an Modellen hingewiesen wird, ergibt sich keine abweichende Beurteilung. Es bedarf diesbezüglich auch keiner näheren Klärung, ob die Modelle und Röntgenbilder tatsächlich sämtlich auf Patienten des Streitverkündeten bezogen sind. Auch kann dahinstehen, ob die Modelle möglicherweise auf eine (nur) durchschnittliche Qualität schließen ließen. Sie beziehen sich auch nach Angaben der Beklagten auf andere Patienten und sind daher für den hiesigen Rechtsstreit irrelevant. Auch wenn man die Darstellungen von Dr. Kirchhoff als zutreffend unterstellt, ist in keiner Weise ersichtlich, woraus sich ein auffälliges Missverhältnis zwischen den Leistungen des Streithelfers und den Inhalten der streitgegenständlichen Rechnungen ergeben könnte. Hinzu kommt, dass der Sachverständige - wie er im Termin zur mündlichen Verhandlung erläuterte - nicht pauschal auf Röntgenbilder und Modelle, die ihm aus anderen Verfahren bekannt waren, Bezug genommen hat. Aus dem Anschreiben des Streitverkündeten an den Sachverständigen, welches der Sachverständige zusammen mit der Patientenakte übergeben hat, ergibt sich, dass dem Sachverständigen mehrere Modelle und Röntgenaufnahmen, die sich konkret auf den Kläger beziehen, vorgelegen haben. Wenn die Beklagte nunmehr meint, dass andere Modelle und Röntgenbilder hohe Qualität der Leistungen des Streitverkündeten nicht stützen würden, lässt dies keine Rückschlüsse auf die Behand-

lung des Klägers, welche der Sachverständige konkret anhand der Patientenakte, Röntgenbildern und Modellen betreffend den Kläger begutachtet hat, zu.

Soweit die Beklagte auf Seite 6 des nachgelassenen Schriftsatzes vom 29.03.2016 ausführt, dass im Oberkiefer keine medizinische Notwendigkeit zur Aufklärung über die alternative intraligamentäre Anästhesie bestehe und im Unterkiefer seit jeher über mögliche linguale Schädigungen im Rahmen der Leitungsanästhesie aufgeklärt werden musste, gibt auch dieser Einwand keinen Anlass zu einer weiteren Beweisaufnahme. Die konkreten Anästhesieformen waren ausdrücklich Gegenstand der Erörterungen zwischen dem Sachverständigen und Dr. Kirchhoff im Termin am 29.02.2016. Es bestand im Termin die Möglichkeit, insoweit weitere Rückfragen zu stellen, ohne dass hierzu zunächst die Patientenakte des Klägers hätte ausgewertet werden müssen. Es handelt sich nämlich um vom konkreten Einzelfall leicht abstrahierbare Aspekte, die als solche auch zwischen den anwesenden Zahnmedizinern erörtert wurden. Der Sachverständige hat - wie sich aus dem Protokoll vom 29.02.2016 ergibt - zu diesem Themenkomplex Stellung bezogen. Im Übrigen begründet die Beklagte auch nicht näher, woraus sich ihre - von den Angaben des Sachverständigen offenbar abweichenden - medizinischen Erkenntnisse ergeben.

e) Unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen geben die Einwendungen der Beklagten gegen die gutachterlichen Ausführungen des Sachverständigen keinen Anlass, an dem Inhalt der Gutachten und den Darstellungen des Sachverständigen im Termin zu mündlichen Verhandlung am 29.02.2016 zu zweifeln. Anhaltspunkte dafür, dass ein auffälliges Missverhältnis zwischen den erbrachten und abgerechneten Leistungen besteht, ergeben sich nämlich nicht. Da die Ausführungen des Sachverständigen - wie sich aus den vorstehenden Ausführungen ergibt - entgegen der Auffassung der Beklagten überzeugend sind, bedarf es weder der Einholung eines Obergutachtens noch einer weiteren schriftlichen Begutachtung durch den gerichtlich bestellten Sachverständigen oder einer weiteren Anhörung desselben. ...“



Dr. Gerd Mayerhöfer

30. Mai 2016

DGÄZ - AKTUELL



Deutsche Gesellschaft für
Ästhetische Zahnmedizin
e.V.

DGÄZ

Liebe PZVD'lerinnen und PZVD'ler,

nun ist es tatsächlich gekommen, das Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen. Vor anderthalb Jahren hatte ich bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen und vor möglichen Konsequenzen gewarnt. Denn bereits im Koalitionsvertrag 2013 hat die Politik ihre Absicht festgehalten, dass Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (insbesondere bei unseren niedergelassenen Kollegen/-innen) künftig unter Strafe gestellt werden soll. Viel zu lange haben unsere Standespolitiker die Augen davor verschlossen und durch Inaktivität gegläntzt, aber jetzt ist es leider doch wahr geworden und zwar sehr schnell. Im September 2015 wurde der erste Gesetzesentwurf vorgestellt, nach Überarbeitung wurde dann bereits im April das neue Gesetz vom Bundestag und sofort danach im Mai vom Bundesrat beschlossen. Es wurden im Vorfeld bereits 2 Schwerpunkt-Staatsanwaltschaften eingerichtet, eine in München und eine in Frankfurt. Dies zeigt, dass es die Politik sehr ernst meint mit der Umsetzung.

Was bedeutet dies aber für uns Zahnärzte? Ab sofort ist die Gerichtsbarkeit unserer Kammern, denen wir eigentlich als Freier Berufsstand unterstehen, in allen Belangen von sogenannter Korruption ausgehebelt. An ihre Stelle treten die Staatsanwälte und Gerichte, eine schlimme Vorstellung. Strafbar macht sich jetzt jeder Zahnarzt, aber auch jeder Zahntechniker, der im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen irgendwie gearteten Vorteil für sich oder für einen Dritten als Gegenleistung einfordert, sich versprechen lässt oder annimmt. Dies betrifft vor allem die Verordnung oder den Bezug von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, betrifft aber auch eine unlautere Bevorzugung bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial.

Wie werden Politik bzw. Staatsanwaltschaften mit dem Thema umgehen? Diese schwierige Frage werden wir wahrscheinlich leider erst dann beantworten können, wenn die ersten Prozesse angestrengt sind. Einzelne Eckpunkte sind aber schon klar, Rabatte z.B. bei Medizinprodukten (Beispiel Implantate, aber auch konfektionierte Stiftaufbauten) müssen uneingeschränkt an den Patienten weitergegeben werden; Geschenke oder Einladungen von Industrieunternehmen werden der Vergangenheit angehören. Dies wird vor allem die Fortbildungslandschaft verändern, denn die bisherigen von der Industrie selbst durchgeführten und gesponserten Kongresse und Weiterbildungsveranstaltungen wird es dann kaum oder gar nicht mehr geben dürfen, da sie ja eng mit der Bewerbung des eigenen Produktes in Verbindung stehen, das der Zahnarzt dann kaufen soll. Als Präsident der DGÄZ sehe ich diese Entwicklung allerdings nicht so negativ, denn hier können und werden die wissenschaftlichen Fachgesellschaften künftig durch problem- und themenbezogene, quali-





Prof. Dr. mult. Robert Sader, Präsident

tativ hochwertige und nicht produktbezogene Weiterbildungsveranstaltungen die entstehende Lücke füllen.

Ein nicht zu unterschätzender Punkt wird auch das Verhältnis Zahnarzt-Zahntechniker sein. Letzterer wird keine einzige Leistung mehr umsonst erbringen dürfen und selbst die Einladung zu einem Arbeitsessen gilt



schon als korrupt, zielt sie doch eventuell auf eine Bevorzugung und Auftragsgenerierung ab, dass der eingeladene oder besuchte Zahnarzt auch ja bei dem Zahntechniklabor Kunde bleibt. Auch Praxisbesuche werden dann nicht mehr möglich, es sei denn, der Zahnarzt zahlt.

Ein ganz wichtiger Punkt, der bisher noch nicht öffentlich diskutiert wurde, betrifft das Praxislabor. Muss sich ein Zahnarzt künftig in seiner Preisgestaltung mit seinem Praxislabor an Vergleichsangeboten ausrichten oder noch wichtiger, darf ein Zahnarzt überhaupt sein Praxislabor in der Auftragserteilung gegenüber einem externen Zahntechniklabor bevorzugen ?

Ich will keinen schwarzen Mann an die Wand malen, aber diese Fragen können kommen und wir sollten uns lieber im Vorhinein darüber Gedanken machen und nicht erst, wenn es vielleicht schon zu spät ist. Unsere Standsvertreter haben schon einmal zulange gewartet und konnten jetzt das Antikorruptionsgesetz nicht mehr verhindern. Wir müssen die richtigen Antworten liefern, bevor die falschen Fragen kommen.

Und ich erlaube mir, nocheinmal nachzufragen, genauso wie ich schon vor anderthalb Jahren geendet habe:

Wäre die Auseinandersetzung mit diesem Thema nicht eine legitime Aufgabe für die PZVD ?

Ihr

Robert Sader

Das Antikorruptionsgesetz (be)trifft auch die Zahnärzte

Nach langem Hin und Her ist das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (Anti-Korruptionsgesetz) beschlossene Sache. Mitte April verabschiedete der Deutsche Bundestag die neuen Rechtsnormen in dritter Lesung. Nach der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt werden sie spätestens im Juni in Kraft treten. Bis zuletzt hatte es Unstimmigkeiten zwischen Gesundheitspolitikern von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, Linken und dem Rechtsausschuss gegeben. Dabei ging es vor allem um die Streichung des Verweises auf das Berufsrecht. Ärzte- und Zahnärzterverbände hatten die Streichung aus dem Regierungsentwurf begrüßt.

Das Anti-Korruptionsgesetz bedeutet eine deutliche Verschärfung für Heilberufe mit staatlich geregelter Ausbildung. Bereits bisher nicht erlaubte Handlungen wurden in zwei neue Paragraphen im Strafgesetzbuch (StGB) gefasst: §§ 299a (Bestechlichkeit) und 299b (Bestechung). Bestraft werden Vorteils-gewährung und -nahme für die unlautere Bevorzugung eines Anbieters im Wettbewerb im Zusammenhang mit der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln und von Medizinprodukten sowie der Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial. § 299a betrifft insbesondere Ärzte und Zahnärzte.

Bis zu fünf Jahre Haft

Während Ärzte und Zahnärzte mit bis zu fünf Jahren Haft in besonders schweren Fällen die volle Wucht der Strafverfolgung trifft, ist beispielsweise die Arzneimittelabgabe von Apotheken ausgenommen. Auf die Ungleichbehandlung, ausgewählte Personengruppen im Gesundheitswesen in den Fokus der Strafverfolgung zu nehmen, hatte der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) im August 2015 mit einem alternativen Gesetzentwurf reagiert, der nicht Personengruppen,

sondern unerwünschte Verhaltensweisen anprangert und rechtssichere Freiräume für die Berufsausübung fordert. Erreicht wurde von der (Zahn-)Ärzeschaft immerhin, dass der Verweis auf das Berufsrecht wegen erheblicher verfassungsrechtlicher Bedenken im Rechtsausschuss gestrichen wurde.

Um Zahnärzte für das Thema zu sensibilisieren, informierte der BDIZ EDI in einem Workshop in Köln Anfang des Jahres über die Inhalte des neuen Gesetzes. Als Referent diskutierte BDIZ EDI-Justiziar RA Prof. Dr. Thomas Ratajczak mit den Zahnärzten über das Ausmaß dessen, was Zahnarztpraxen in Zukunft drohen kann. Ratajczak kennt wie kein Zweiter die Fallstricke, die die neuen Strafrechtsnormen mit sich bringen. Bisher habe man „nur“ Angestellte einer Klinik oder Praxis, also Mitarbeiter, angestellte Zahnärzte und sogenannte Scheingesellschafter, als bestochene Personen im Sinne von § 299 verfolgen können. Der Praxisinhaber war davon ausgenommen. Zukünftig spaltet sich § 299 StGB laut Ratajczak in zwei Normen auf: Während die Bestechlichkeit in § 299a StGB jene betrifft, die sich bestechen lassen (Betroffene: nur Angehörige von Heilberufen), kann die aktive Bestechung in § 299b StGB auch Heilberufsangehörige als Täter betreffen, beispielsweise als Zuweiser. Auf den Punkt gebracht heißt das, jeder Zahnarzt, der Vorteile „fordert“, „sich versprechen lässt“ oder „annimmt“, könne nach Inkrafttreten des Gesetzes unter Umständen wegen Bestechlichkeit belangt werden, so Ratajczak.

Weitere Workshops geplant

Der BDIZ EDI plant aufgrund der Brisanz, die das Gesetz für die Zahnärzte mit sich bringt, weitere Workshops in diesem Jahr mit Prof. Dr. Thomas Ratajczak. Näheres dazu demnächst auf der Internetseite des BDIZ EDI.



Prof. Dr. Thomas Ratajczak

3 Fragen zum Antikorruptionsgesetz... ...an Rechtsanwalt Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Wie die Änderungen am neuen Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen zu bewerten sind, erläutert Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Fachanwalt für Medizinrecht und Sozialrecht, im folgenden Interview. Der Rechtsanwalt aus Sindelfingen hatte für den Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) einen alternativen Gesetzentwurf eingebracht und kennt die Materie.

Wie bewerten Sie die Streichung des Berufsrechtspassus? Sollen damit die akademischen Heilberufe und Kritiker des Regierungsentwurfs ruhiggestellt werden?

Ratajczak: Nein, so würde ich das nicht formulieren. Ich denke, dass man die Berechtigung der Kritik aus der Ärzte- und Zahnärzteschaft, auch des BDIZ EDI, an den vorgesehenen Regeln erkannt hat. Es hätten sich angesichts der teilweise großen Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsordnungen sonst groteske Konstellationen ergeben. Wenn wir von Strafrecht sprechen, sollte man Regeln aufstellen, die man auch befolgen kann. Das wäre mit der vorgesehenen Berufsrechtsanbindung nicht möglich gewesen. Man denke nur an die Hersteller: Wie sollen die allein die 85 Berufsordnungen der akademischen Heilberufe beachten? Wir haben es hier meist mit mittelständischen Unternehmen und nicht mit internationalen Großkonzernen zu tun.

Was halten Sie davon, Korruption im Gesundheitswesen als Officialdelikt zu verorten, was den Strafantrag künftig überflüssig macht?

Ratajczak: Das halte ich für richtig, weil es den sonst entstehenden Druck auf die Kammern, Kassen- ärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nimmt. In der Praxis macht das ohnehin keinen erkennbaren Unterschied, da es sich ja um kein echtes Antragsdelikt

handeln sollte. Die Staatsanwaltschaften hätten auch nach dem bisherigen Entwurf tätig werden dürfen, wenn sie das öffentliche Interesse bejahen, und werden sicher künftig nicht ernsthaft tätig, wenn sie das öffentliche Interesse verneinen. Aus den Gesprächen mit Staatsanwälten zeichnet sich das erwartete Bild ab: Sie werden sich zunächst mit den „dickeren Fischen“ befassen.

Sind Sie mit dem Ergebnis zufrieden?

Ratajczak: Ich bin damit nicht zufrieden. Vom Grundsatz her halte ich es nach wie vor für falsch, einen Bereich unter Strafandrohung zu stellen, in dem zivil- und wettbewerbsrechtlich noch so viele Fragen ungeklärt sind, etwa zum unzulässigen Handeln nach § 7 des Heilmittelgesetzes. Es ist nicht einzusehen, warum die Heilberufe sich um den Schutz des Wettbewerbs unter Pharmafirmen und Herstellern überhaupt kümmern sollen. Die Anlehnung der gesetzlichen Neuregelung an den bestehenden § 299 StGB verkennt, dass dessen Schutzzweck primär der Arbeitgeber des untreuen, Firmengeheimnisse et cetera verrätenden Angestellten ist. Das passt auch ansatzweise nicht auf den selbstständigen Heilberufler. Aber diese Fragen mit Staatsanwälten und Strafgerichten klären zu müssen, erscheint mir ziemlich abwegig zu sein. Wenn man in diesem Bereich als Gesetzgeber aktiv werden wollte, hätte es sich angeboten, dass die Staatsanwälte ihre Ergebnisse den Kammeranwälten zur Verfügung stellen und die Verfahren dann vor den Berufsgerichten laufen, soweit es solche gibt. Damit wäre zum einen der Sachkontext zu den Heilberufen hergestellt und zum anderen gewährleistet, dass die Richter mit der Sachmaterie vertraut sind. Dass Letzteres bei Strafgerichten selten der Fall ist und sie noch seltener diese Situation offenlegen, macht mir am meisten Sorgen.

Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Anita Wuttke, München.

Wann, wenn nicht jetzt?

Analogabrechnung – das „hässliche Entlein“ der GOZ

Die Bundeszahnärztekammer hat in den letzten Jahrzehnten 160 Leistungen aufgelistet, die sie als selbständige Leistungen ansieht und nicht in der GOZ findet. Zwar empfiehlt sie den Zahnärzten die vergleichende Abrechnung nach § 6 GOZ an allen Ecken und Enden ihres umfangreichen GOZ – Kommentars. Doch während der Kommentar fast 300 klein bedruckte Seiten umfasst, **verrottet die Analogliste der Bundeszahnärztekammer als 8-seitiges Pamphlet** in den Tiefen der BZÄK-Homepage. Sie soll doch eigentlich den bereits anerkannten Teil des Fortschritts darstellen, sieht aber aus, wie die Vorstufe eines Entwurfs für die Schublade!

Wo ist der „*wir-können-mehr-als-das*“ - Katalog, in **Hochglanz, dick und bunt?**

Die *Aktion*, das proaktive Handeln hat die Bundeszahnärztekammer hinter die Befürchtung zurückgestellt,

Zahnärzte zu sehr einzuengen, so deute ich die Motive. Was aber in der Theorie edel sein mag, ist in der Praxis eine Katastrophe! Nur wenige Zahnärzte trauen sich, Analogpositionen zu verwenden, zu umfangreich sind bisher die Beschwerden der Versicherten, deren Kostenerstatter nicht zahlen wollen, zu unmerklich waren die wirtschaftlichen Erfolge.

Denn neben einem mal sehr kurzen, mal überlangen Titel für eine Analogleistung enthält die Liste der BZÄK: nichts. Keine Beschreibungen der Leistungen, keine wissenschaftlichen Hinweise, keine Berechnung eines angemessenen Honorars und keinen Vorschlag einer Vergleichsposition. Würde die BZÄK ähnlich umfangreich Neues beschreiben, wie sie Aufgedrucktes kommentiert, müsste der Katalog 160 klein bedruckte Seiten stark sein! Keine Firma mit so einem klein gedruckten Produktkatalog hätte gute Chancen.

Doch nicht einmal das haben wir.

GOZ auf dem Abstellgleis?

Viele Honorare sind seit Jahrzehnten unverändert, immer mehr werden von der GKV-Realität überholt! Konnte man früher schon nicht nachvollziehen, wie es zu den Honorarhöhen gekommen war, so kommt einem





Dr. Georg Christian Kolle

nach der GOZ-Novelle 2012 bei näherem Hinsehen gar nicht mehr die Idee, die GOZ sei mit Betriebswirtschaft oder gar Fachverstand durchwoben. Wer weiter nur mit Faktor 2,3 unterwegs ist und die GOZ nach den Regeln des BEMA anwendet, wer lieber in Grauzonen IGEL-t, kommt auf keinen grünen Zweig mehr.

Mit der GOZ durchstarten!

Dabei bietet uns die GOZ einfacher denn je zwei Möglichkeiten, aktuelle und hochwertige Medizin zu machen bei gerechtfertigten Honoraren:

- Die **abweichende Vereinbarung** nach § 2 GOZ (s. PZVD-Brief 02/2015), denn wer möchte seinen Zahnarzt schon mit deutlich weniger honoriert wissen, als die billigste Krankenkasse zahlt? → € 18,11 für eine OP (GOZ 3210)?
- Die **vergleichende Abrechnung** nach § 6 GOZ, sie ist regulärer Bestandteil der Gebührenordnung! Viele moderne und sogar einige altbewährte Verfahren sind nicht (mehr) Gegenstand der gerade novellierten GOZ.

Einfacher konnte es uns der Verordnungsgeber nicht machen!

Wer legt fest, was verglichen wird?

Der Zahnarzt! So bestimmt es die GOZ. Wer beurteilt im Gerichtsfall, ob der Vergleich angemessen war? Auch ein Zahnarzt, nämlich ein Gutachter der Kammer. Leider ist der Informationsstand auch unter Kammergutachtern gelinde gesagt inhomogen. Es fehlt auch hier an der Vorgabe, der Richtungsweisung der Bundeszahnärztekammer.

Das ließe sich aber ändern.

Welche Leistungen sind Analogie – fähig?

Alle selbständigen und nicht in der GOZ oder GOÄ beschriebenen und medizinisch notwendigen (medizinisch sinnvollen) Leistungen, mindestens aber doch die in der Liste der BZÄK aufgeführten Behandlungen.

Viele Fachgesellschaften haben ihre eigenen Listen an Analogleistungen, doch keine scheint so effektiv darin gewesen zu sein, ihre Leistungen in der BZÄK-Liste unterzubringen wie die DGFDT, man beachte Abschnitt J der BZÄK-Liste! Na also, geht doch, bravo!

Warum scheitert es bisher?

- Es fehlt an **allgemein verwendeten Vorlagen** – jede Praxis wird zum Einzelkämpfer gegen Textbausteine vieler Versicherer!
→ Es braucht hunderttausende gleiche Analogabrechnungen!
- Es fehlt an **Information der Patienten** – wenn schon die Praxisbesetzung die dünne GOZ nicht liest, nicht weitergibt, wie sollen es Patienten gegenüber Ihren Kostenerstatern vertreten?
Wie hoch kann aber in der Praxis der Aufklärungsaufwand pro Leistung und Patient sein?
→ Es braucht zentrale Information!
- Es herrscht **Mathematikphobie** – Betriebswirtschaft erfordert zunächst Mathematik auf Level der 6. Klasse – kann ja wohl nicht wahr sein, dass Zahnärzte das nicht auf die Reihe bringen sollen?
→ Es braucht einfache aber fundierte Beispielrechnungen!
- Es fehlt an **Einfachheit in der Handhabung** – die häufigen GOZ-Ziffern kennt jede Mitarbeiterin, hoffentlich auch die Chefetage!

Die neue GOZ bietet vierstellige Ziffern bei weniger als 300 Positionen Inhalt – das ist doch eine Einladung, einfach passende Ziffern dazwischen zu nehmen, § 6 GOZ schreibt nichts Anderes vor, es ist dem Zahnarzt überlassen, ein Kürzel zu vergeben.
→ Es braucht einfache, neue GOZ-Ziffern als Kürzel!

Es fehlt die Führung – hier kommt eine Lösung

Da ich es selbst leid war, meine Analogabrechnungen immer wieder zu begründen, auf die „Liste“ der BZÄK hinzuweisen und mürrisches „Naja“ für moderne Medizin zu ernten, habe ich vor einigen Jahren ein Informationsheft für meine Patienten entwickelt. Alle GOZ-Ziffern und meine Analogziffern waren enthalten. Doch auch Patienten sind lesefaul und bedrucktes Papier ist schwer zu durchsuchen. Also habe ich dieser Tage all dies und noch mehr online gestellt. Die gesamte Liste der BZÄK habe ich im Zahnarztmodus betriebswirtschaftlich durchgerechnet und Vergleichspositionen benannt.

Auch ich habe dabei keine eindeutige Leistungsbeschreibung „geliefert“ keine Festlegung auf „pro Quadrant“ oder „pro Sitzung“ getroffen. Ich habe die Leistungen umschrieben. So ist weiterhin jeder frei, es zu machen wie ich oder eben anders. Aber ich habe jedem „Kind einen Namen“ gegeben und habe die Analogpositionen mit neuen GOZ-Ziffern einsortiert, so steht alles im Abrechnungsprogramm dort, wo man es sucht.

Herunterladen können Sie meine Interpretation der BZÄK-Liste auf www.zahnarztrechnung.info.

Geben Sie sie bitte weiter, schauen Sie regelmäßig nach Aktualisierungen und Erweiterungen!

Je mehr Zahnärzte die gleichen Ziffern verwenden, desto eher werden die Zahnärzte endlich schaffen, was

den Zahntechnikern mit der BEB schon vor langer Zeit gelang: zukunfts offene Freiheit zu erlangen.

Das „hässliche Entlein“ ist eigentlich ein Schwan!

So wie sage es schon das Märchen: es kommt auf die Entwicklung an.

Niemand anders als die Zahnärzteschaft hat die Entwicklung derzeit in der Hand!

Die GOZ ist frisch lackiert, die Überprüfung ist gelaufen und Analogpositionen sind dort sowieso nicht erfasst. Viel an Modernisierung wurde versäumt.

Es ist höchste Zeit: keine Zahnarztpraxis kann es sich leisten, weitere 25 Jahre auf eine „Gehaltserhöhung“ zu warten! Die vergleichende Abrechnung ist absolut notwendig:

Wie rechnen Sie z.B. das **Wiedereinsetzen fremder Provisorien** ab, wenn nicht analog? Mein Vorschlag: **GOZ 2275a** oder **GOZ 5145a** (ab Einfachwert € 23,06 und € 30,37)

Kariesdetektor: Warum nicht eine Stufe mehr Sicherheit? Macht das Ihre Medizin schlechter oder macht es Ihre Therapie sicherer und Sie unangreifbarer? Mein Vorschlag: **GOZ 2046a** (ab Einfachwert € 5,62)

Prothesenreinigung oder Belagentfernung an herausnehmbarem Zahnersatz – Sie setzen doch keine verkeimte Prothese nach der PZR zurück, oder? Mein Vorschlag: **GOZ 1075a** (ab Einfachwert € 40,06)

Schon rein forensisch sollten Sie nach einer Weisheitszahnentfernung oder Implantation im Unterkiefer einen **Sensibilitätstest eines Nervversorgungsgebiets** (Nervus alveolaris inferior) ausführen – das ist in keiner Position beschrieben, die BZÄK kennt es als selbständige Leistung. Mein Vorschlag: **GOZ 0165a** (ab Einfachwert € 9,00).

Parapulpäre Stifte, Devitalisierung, Full-mouth-disinfection, ...

Wann wollen Sie loslegen, wenn nicht jetzt? Machen Sie einen Schwan aus Ihrer Analogabrechnung!



- Gebührenordnung für Zahnärzte - GOZ
- Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ
- Behandlungskomplexe
- Hintergrundwissen
- über dieses Portal
- Kontakt
- Was ist neu?
- lizenzierte Praxen
- lizenzierte Anwaltskanzleien
- Logn

Anmeldestatus

Sie sind noch nicht angemeldet?
Na, dann wird es aber Zeit!

... und so funktioniert es:



4. Patienten & Praxisteam verstehen sich besser,

so bleibt mehr Zeit fürs Wesentliche und für immer bessere Zahnmedizin!

Mehr Behandlungsverfahren - weniger Rückfragen

Liebe Zahnärztinnen, liebe Zahnärzte,

Patienten sind krankenversichert, nicht Zahnarztpraxen. Darum ist es effektiver, wenn sich Patienten um Versicherungspost selbst kümmern.

Zahnarztrechnung.info ist entstanden, damit es in den Zahnarztpraxen wieder bevorzugt um Zahnmedizin gehen kann, statt um Abrechnungsfragen.

Leider führen Verständnisprobleme häufiger dazu, dass Versicherungen ihre Kunden zwischen die Stühle setzen: "...Ihr Zahnarzt ist zu teuer...", "...so darf das gar nicht abgerechnet werden...", "...das ist nicht medizinisch notwendig..."

Schluss damit, sagen wir, Patienten sind mit dem richtigen Hintergrundwissen in der Lage, sich gegen ihre Versicherung zu wehren!

Stellen Sie Ihren Patienten den Zugang zu Zahnarztrechnung.info zur Verfügung!

für → Patienten! (weniger Briefe!)
Hintergrundwissen - Textbausteine

Patienten sollten **Textbaustein-Briefe mit Textbaustein-Briefen beantworten!**

Es ist nicht Aufgabe der Praxis, sich in die Erklärung von Versicherungsverträgen verwickeln zu lassen.

Patienten, die sich auf Zahnarztrechnung.info informieren können, wissen:

- **Meine Zahnarztpraxis rechnet richtig ab!**
- **Ein Versicherungsschutz hat Grenzen.**
- **Versicherungen leben davon, mehr einzunehmen als auszahlend.**
- **Mein Zahnarzt stellt mir über Zahnarztrechnung.info das notwendige Wissen und Textbausteine zur Verfügung.**

Was kostet die Lizenz?

1 - 2 ZÄ: € 100,-* 3 - 4 ZÄ: € 170,-* 5 - 8 ZÄ: € 220,-* Klinik: € 250,-*

Lizenzzugang für alle Patienten inklusive!

Einstieg zum... 1. Quartal: 100% - 2. Quartal: 75% - 3. Quartal: 50% - 4. Quartal: 25%

Das aktuelle Quartal kostet jeweils: nix,-

Weitere Reduzierung bei Verbandsmitgliedschaft & Abo.

* zzgl. MwSt.; maximale Ganzjahresgebühr, Reduzierung bei angefangenem Jahr, Abonnement und / oder Verbandsmitgliedschaften

Analogliste zum Ausdrucken

Alle Analogpositionen aus dem Katalog der BZÄK haben wir beschrieben und berechnet. Mit unseren Vergleichspositionen steht die Tür zur Analogabrechnung weit offen!

Gleich herunterladen und loslegen!

Behandlungskomplexe

Qualitätsmedizin geht nur mit entsprechender Honorierung.

Die GOZ-Novelle lässt auch die Erstattung vielfach auf dem Niveau von 1988. Mit qualitätsorientierter Kombination von Leistungen lässt sich auch die Erstattung für Patienten optimieren.

Mit betriebswirtschaftlich fundierten Analogpositionen und medizinisch sinnvoll kombinierten GOZ-Leistungsgruppen können höhere Erstattungen erreicht werden

nachher ansehen!
→ Analogliste ausdrucken
→ Helferinnen zeigen

Was verdient ein Zahnarzt?

Hier geben wir die Antwort ← ?

→ www.zahnarztrechnung.info

unverbindliches Angebot anfordern

Mit der Anforderung eines Angebotes erhalten Sie einen **kostenfreien Probezugang!**

Wählen Sie:

- für Zahnärzte
- für Anwaltskanzleien
- für Berufsverbände (inkl. studentischer Mitglieder)
- für Institutionen
- für Factoring - Unternehmen

Mit Zusendung eines Angebots erhalten Sie von uns einen **kostenfreien, mehrere Wochen gültigen Zugang**. Haben Sie sich entschieden, das Portal weiterhin zu nutzen, wird der Zugang zur dauerhaften Nutzung freigeschaltet.

Downloadlizenz

Lizenznehmer können eine Lizenz zum einmaligen Download des Portals erwerben.

Das macht z.B. Sinn, wenn Sie Zahnarztrechnung.info zum Beispiel auf Praxisrechnern speichern möchten, die keinen Internetzugang haben.

Mehr...



Das Ziel klar vor Augen. Mit ZA:factor.

Was verstehen Sie unter Factoring? Was erwarten Sie von einem Partner, der Ihnen Forderungsmanagement anbietet? **Wir haben für jede Praxisanforderung die richtige Lösung.**

Die ZA bietet Ihnen mehr als Factoring. Von A wie Ankaufanfragen über GOZ-Begleitung bis Z wie Zahnärztlicher Sachverstand. Abgestimmt auf Ihre Praxissituation, von ZA:factor **START UP** für die Praxisgründung über ZA:factor **POWER** bis ZA:factor **WOW** für den höchsten Komfort.



herz:factor - die Service- und Factoringoffensive der ZA

