



**Stellungnahme der MIT-Gesundheitskommission zur Reform des
Versicherungsvertragsrechts
– VVG- Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz -**

MIT-Bundesvorstandsbeschluss 22.09.2006

Nach § 192 Abs. 2 VVG-Entwurf ist der Versicherer künftig

nicht zur Leistung verpflichtet, soweit Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem unangemessenem Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

Nicht aufgenommen wurde der Vorschlag der Enquete-Kommission aus dem Jahr 2004, ein allgemeines Wirtschaftlichkeitsgebot einzuführen, da eine entsprechende Einschränkung der Leistungspflicht des Versicherers in den allgemeinen Versicherungsbedingungen bestimmt werden kann.

- **Der Verzicht auf die Einführung eines Wirtschaftlichkeitsgebotes in der Privaten Krankenversicherung wird von der Gesundheitskommission der MIT begrüßt. Allerdings wird angeregt, die Formulierung des Bundesgerichtshofes in dessen Entscheidung vom 12.03.2003 – IV ZR 278/01 –, VersR 2003, 581 zu übernehmen, in der festgestellt wurde, dass der Versicherer „ganz unverhältnismäßige Kosten“ nicht zu erstatten hat. Andernfalls steht zu befürchten, dass die in § 192 Abs. 3 VVG-E vorgesehenen Regelungen sowie die Übergangsvorschriften zur Änderung von Altverträgen die Rechtsstellung des Privatversicherten „durch die Hintertür“ verschlechtern.**

Nach § 192 Abs. 3 VVG-Entwurf sollen den Versicherern umfassende Kompetenzen für sogenannte „zusätzliche Dienstleistungen“ eingeräumt werden. Sie sollen künftig „zusätzliche Dienstleistungen“ als Inhalt der Krankheitskostenversicherung vereinbaren dürfen, insbesondere

1. *die Beratung über Leistungen nach Abs. 1¹ sowie über die Anbieter solcher Leistungen;*
2. *die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Erbringer von Leistungen nach Abs. 1;*
3. *die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Erbringer von Leistungen nach Abs. 1;*

¹ *medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen*

4. die Unterstützung der versicherten Personen bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen nach Abs. 1 und der sich hieraus ergebenden Folgen;
5. die unmittelbare Abrechnung der Leistungen nach Abs. 1 mit deren Erbringern.
 - **Die Gesundheitskommission der MIT sieht in den vorgesehenen Regelungen eine unzulässige Vermengung von Versicherungs- und Vertragsrecht. Dabei ist die Beratung über medizinische Leistungen (Nr. 1) bereits Teil der Heilkunde-Ausübung; soweit Sachbearbeiter von Krankenversicherungen solche Beratungen vornehmen ist dies unerlaubte Ausübung der Heilkunde und als solche strafbewehrt. Auch die Rechtsberatung durch private Krankenversicherungsunternehmen hinsichtlich der Berechtigung von Entgeltansprüchen (Nr. 2) ist in dieser Form rechtlich unzulässig.**

Es ist Sache der Versicherten, sich mit dem behandelnden Arzt über die Angemessenheit der geforderten Vergütung auseinander zu setzen. Die Einziehung einer zu diesem Zweck abgetretenen Forderung stellt die Besorgung einer fremden Rechtsangelegenheit dar und verstößt gegen § 1 RBerG, wenn sie geschäftsmäßig erfolgt (so auch AG Essen-Steele, Urt. vom 19. 5. 2004 – 8 C 639/03, MedR 2004, 629).

Aufgrund der ihr durch die Beitragsleistung der Versicherten verliehenen Marktmacht könnte die Private Krankenversicherung (PKV) ihre Vormachtstellung gegenüber den Leistungsträgern weiter ausbauen, wenn sie auch in den (ambulanten) Leistungsbereich vordringt. Die beabsichtigte Kompetenzerweiterung der Versicherer greift massiv in das freie Arzt-/Patientenverhältnis ein. Es steht zu befürchten, dass seitens der Privaten Krankenversicherung über das Erstattungsverhalten Preisdruck auf die Leistungserbringer ausgeübt wird.

Nicht zu vernachlässigen ist neben dem finanziellen Aspekt jedoch stets die Qualität der erbrachten Leistung, die Qualität des Produkts und die individuelle gesundheitliche Situation des Patienten. Anders als der Arzt, der seinen Heilauftrag im Rahmen des Leistungs- und Qualitätsmanagements seiner Praxis erfüllt, betreibt die PKV „ihr Geschäft“ als Schadensmanagement. So arbeiten die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung hinsichtlich der Schadensquote bereits heute vielfach nach den Vorgaben ihrer Mutterkonzerne.

Einkaufsmodelle und managed care-Konstruktionen schwächen die Rechte der Patienten. Sie zerstören die gewachsene mittelständische Struktur der Gesundheitsversorgung in Deutschland und setzen an deren Stelle langfristig anonyme Leistungsorganisationen.

- **Die Gesundheitskommission der MIT spricht sich daher gegen die Ausweitung von Kompetenzen der PKV im Bereich des Leistungsvertragsrechtes aus.**
- **Allerdings sollte die Möglichkeit der Direktabrechnung zwischen Versicherung und Leistungsträgern bestehen; dabei sollte der Patient seine Erstattungsansprüche gegenüber der Privaten Krankenversicherung, z. B. an den Leistungsträger, abtreten dürfen. Bei diesem – auch für die Kostenerstattung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung denkbaren – Modell, wird eine finanzielle Überforderung des Versicherten weitestgehend vermieden.**

Rechtlich problematisch ist auch die Regelung des § 194 Abs. 2 VVG-Entwurf, der folgenden Wortlaut trägt:

„Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückerstattung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, so ist § 87 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.“

Der Versicherungsnehmer (Patient) hat dabei – so der Referentenentwurf - den Versicherer bei der Geltendmachung des Anspruches zu unterstützen (Mitwirkungspflicht). Auch diese Regelung stärkt die ohnehin bestehende Marktmacht der PKV gegenüber dem einzelnen Leistungsträger. Bereits heute hat die Vorgabe einer Schadensquote Auswirkungen auf das Erstattungsverhalten der PKV; in Zukunft entstünde bei Einführung einer solchen Regelung ein erhebliches Droh- und Druckpotenzial gegenüber den Leistungsträgern, die schlimmstenfalls mit Rückforderungsansprüchen und Prozessen überzogen werden könnten, denen sie mangels eigener Kompetenzen und Strukturen auf dem Rechtsberatungssektor schutzlos ausgeliefert wären.

Die rechtliche Entmündigung des Versicherten, der bereits vor Beginn einer Behandlung davon ausgehen muss, dass sein Krankenversicherungsunternehmen den behandelnden Arzt – je nach Umfang der Leistung und Höhe der Rechnung - in Regress nehmen wird, widerspricht dem Leitbild einer freiheitlichen Gesellschaft und unserer rechtsstaatlichen Ordnung, bei der eventuelle Rechtsansprüche nicht zur Manövriermasse von Krankenversicherungsunternehmen werden dürfen.

- **Die Gesundheitskommission der MIT lehnt jeden Automatismus beim Anspruchsübergang vom Patienten auf die PKV ab.**

Nach Artikel 1 Abs. 2 der Übergangsvorschriften soll der Versicherer zum 1. Januar 2009 seine Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Altverträge, soweit diese von den Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes abweichen, ändern können. Voraussetzung hierfür ist, dass dem Versicherungsnehmer die geänderten Versicherungsbedingungen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden mitgeteilt werden. Mit dieser Übergangsregelung können nicht nur die Neuregelungen des VVG in Altverträge einbezogen werden. Bereits mit Wirkung zum 1. Januar 2008 sollen dabei die Regelungen im Bereich des Krankenversicherungsrechtes in Altverträge einbezogen werden können (Artikel 2 der Übergangsbestimmungen). Ausdrücklich sieht das BMJ in seinen Erläuterungen (S. 161) vor, dass ein Wirtschaftlichkeitsgebot – unter Umgehung der BGH-Rechtsprechung – wenn nicht durch das Gesetz, so doch über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen eingeführt werden kann.

- **Diese rückwirkende Verschlechterung des durch die Rechtsprechung erzielten Verbraucherschutzes für sogenannte „Altverträge“ lehnt die Gesundheitskommission der MIT ab. Notwendig ist stattdessen eine transparente Gestaltung der Versicherungsbedingungen. Dem Versicherten muss mit Abschluss des Versicherungsvertrages bekannt sein, mit welchen Erstattungen er der Höhe nach bei einzelnen Leistungen rechnen kann.**