

Bärbel Engelbertz

26131 Oldenburg (Oldb)

Private Krankenversicherung

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 25.10.2007 abschließend beraten und beschlossen:

Das Petitionsverfahren abzuschließen, weil er dem Anliegen teilweise entsprechen konnte.

Begründung

Die Petentin beklagt, dass private Krankenversicherungen im Falle einer Behinderung weniger leisten würden als die gesetzlichen Krankenkassen.

Es handelt sich hierbei um eine öffentliche Petition, die von 98 Mitzeichnern unterstützt wird und zu 24 Diskussionsbeiträgen geführt hat.

Im Einzelnen trägt die Petentin vor, die Vertragsgestaltung der privaten Krankenversicherung dürfe grundsätzlich medizinisch notwendige Leistungen bei einer Krankenvollversicherung bzw. Beihilfeergänzungsversicherung nicht ausschließen. Bei Verträgen, die medizinisch notwendige Leistungen ausschließen, sei darauf bei Vertragsabschluss hinzuweisen. Bei einem Wechsel von privater zur gesetzlichen Krankenversicherung sollten die angesparten Rücklagen der neuen Krankenversicherung übereignet werden. Das Grundgesetz garantiere auch Menschen mit Behinderung das Grundrecht auf Schutz der Menschenwürde und das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Gerade bei den privaten Krankenversicherungen sei nicht gewährleistet, dass jeder Mensch mit Behinderung uneingeschränkten Anspruch auf die medizinisch notwendige Versorgung in einem solidarischen Krankenversiche-

rungswesen habe. In keinem Vertrag mit einer privaten Krankenversicherung werde darauf hingewiesen, dass Abweichungen von dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen im Falle von später eintretenden, schweren chronischen Erkrankungen oder Behinderungen zu Versorgungslücken für medizinisch notwendige Leistung führen. Wenn privat Versicherte aus diesem Grund einen Wechsel der Krankenkasse vornehmen wollen, bestehe kein Ausgleichsanspruch bezüglich der angesparten Rücklage. Für Menschen mit Behinderungen gebe es faktisch aufgrund fehlender gesetzlich vorgeschriebener Ausgleichsregelungen für einen Versicherungswechsel keine Wahlfreiheit. Die privaten Krankenversicherungsgesellschaften würden auch insoweit unverhältnismäßig bevorzugt, als sie sich nicht an einem eventuellen Gesundheitsfonds beteiligen müssen. Der Bundestag solle daher ein Gesetz zur Sicherung medizinisch notwendiger Leistungen durch gesetzliche und private Versicherung gleichermaßen im Sinne einer Gleichstellung beider Systeme und Vertragstransparenz beschließen.

Zu den weiteren Einzelheiten des Vortrages wird auf den Inhalt der Akte Bezug genommen.

Die Petition wurde dem Ausschuss für Gesundheit, der mit dem Entwurf des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) befasst war, zur Stellungnahme gemäß § 109 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages vorgelegt.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung lässt sich unter Berücksichtigung dieser Stellungnahme sowie der Stellungnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) wie folgt zusammenfassen:

Es gibt keine gesetzlichen Vorschriften, die den Ausschluss medizinisch notwendiger Leistungen bei Krankenvollversicherungen bzw. Beihilfeergänzungsversicherungen

ermöglichen. Allerdings gibt es inhaltliche Vorgaben zum Umfang des Versicherungsschutzes nur für Krankenversicherungstarife, die geeignet sind, die gesetzliche Krankenversicherung zu ersetzen (substitutive Krankenversicherung). Derartige Tarife müssen Leistungen enthalten, die denjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind. In den Versicherungsbedingungen aller Anbieter werden entsprechend Kostenerstattungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen vorgesehen.

Diese Generalklausel wird in den Versicherungsbedingungen allerdings regelmäßig näher konkretisiert, wobei auch Einschränkungen vorgesehen sind. Zum Beispiel werden bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung regelmäßig bei bestimmten Krankenhäusern (den sog. gemischten Anstalten) die Kosten nur ersetzt, wenn der Versicherer dies vorher schriftlich zugesagt hat. Hierbei handelt es sich jedoch lediglich um Verfahrensbestimmungen, die eine missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen zulasten der Gesamtheit der Versicherten verhindern sollen.

Im Einzelfall kommt es immer wieder zu Meinungsverschiedenheiten darüber, ob eine bestimmte Behandlung medizinisch notwendig ist oder nicht. Wegen der Vieltätigkeit der Lebenssachverhalte und der Unwägbarkeiten bei medizinischen Feststellungen sind strittige Fälle unvermeidbar. Eine Klärung dieser Fragen ist dem Petitionsausschuss nicht möglich. Hierfür sind die Gerichte mit der Möglichkeit der Sachverhaltsaufklärung und der verbindlichen Entscheidung zuständig.

In den von der Petentin zitierten Gerichtsurteilen ging es nicht um die "Ablehnung medizinisch notwendiger Leistungen", sondern um die Abgrenzung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung für Hilfsmittel im häuslichen Bereich.

In der privaten Krankenversicherung (PKV) kommen allerdings – wie bei anderen privatrechtlichen Rechtsgeschäften auch – Verträge nach dem Grundsatz der Vertragsfreiheit zustande. Danach können die Versicherer grundsätzlich selbst entscheiden, welche Leistungen sie anbieten und ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen sie Anträge auf den Abschluss von Versicherungsverträgen annehmen wollen.

Die Versicherungsunternehmen sind gemäß § 10a Versicherungsaufsichtsgesetz verpflichtet, ihren Kunden vor Abschluss des Vertrages die für das Versicherungsverhältnis geltenden allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen sowie das auf den Vertrag anwendbare Recht mitzuteilen. Aus diesen Unterlagen ergibt sich der Inhalt des Versicherungsschutzes. Ein zusätzlicher Hinweis auf Unterschiede zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der beamtenrechtlichen Beihilfe ist weder erforderlich noch praktisch durchführbar, u.a. weil die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und der verschiedenen Beihilfeträger nicht einheitlich sind.

Gegen eine Mitnahme der Rückstellung in die gesetzliche Krankenversicherung spricht, dass PKV und GKV zwei unterschiedliche Systeme sind, die nach gänzlich anderen Grundsätzen finanziert werden. Die gesetzliche Krankenversicherung erhebt Beiträge nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen, d.h. nach seinem Einkommen. Die Tarifikalkulation in der PKV erfolgt dagegen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Die Höhe der Beiträge richtet sich nur nach dem versicherungstechnischen Risiko der Versicherten. Es gibt in der GKV keine Vorfinanzierung der Alterskosten wie in der PKV, sondern eine Umlagefinanzierung, d.h. die laufenden Beiträge decken die laufenden Kosten. Die Auszahlung der Altersrückstellung würde dem wechselnden Versicherungsnehmer also nichts nützen, da sie auf die Höhe seines Beitrages in der GKV keinen Einfluss hätte.

Im Rahmen der Gesundheitsreform ist daher die Übertragung der Alterungsrückstellungen nur bei einem Wechsel innerhalb der PKV möglich. Da die Rückstellung bei einem Wechsel zur GKV an die Tarifgemeinschaft der in der PKV verbliebenen Versicherten vererbt wird, führt sie dort zu entsprechender Altersentlastung. Alternativ haben die Krankenversicherer die Möglichkeit, die Rückstellung auf eine Zusatzversicherung zu übertragen, die der in die GKV Wechselnde bei dem privaten Krankenversicherer weiterführt.

Nach dem zum 01.04.2007 in Kraft getretenen GKV-WSG sind die privaten Krankenversicherungen verpflichtet, einen Basistarif zu bezahlbaren Prämien anzubieten. Der Leistungsumfang dieses Tarifes muss dem der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Der Petentin wird daher empfohlen, sich diesbezüglich an ihre private Krankenversicherung zu wenden.

Abschließend möchte der Petitionsausschuss einige Irrtümer seitens der Petentin richtig stellen. So stellt die PKV kein "solidarisches" Versicherungswesen dar. Wie bereits ausgeführt, richtet sich die Leistung allein nach dem vereinbarten Tarif und der dementsprechend gezahlten Prämie – ob damit die im Einzelfall tatsächlich "notwendige" Versorgung erfasst ist, ist ohne Bedeutung.

Der Gesundheitsfonds dient nur der Finanzierung der Leistungen in der GKV. Es gibt daher keinen Anlass für die PKV, sich hieran zu beteiligen. Eine "Gleichstellung beider Systeme" ist daher nicht möglich.

Auch kann ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung nicht unterstützt werden, da damit eine weitere Risikoselektion zulasten der GKV eintreten würde. Insoweit besteht auch keine Benachteiligung für Behinderte, da es auch Nichtbehinderten nicht möglich ist, von der PKV in die GKV zu wechseln.

Nach alledem empfiehlt der Petitionsausschuss, das Petitionsverfahren abzuschließen, da dem Anliegen teilweise Rechnung getragen werden kann.