



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

**Änderungsantrag 7
Ausschuss-Drucksache 17(14)0334**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte
von Patientinnen und Patienten**

anlässlich der öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 22. Oktober 2012 in Berlin

19. Oktober 2012

Die Einbeziehung des PKV-Verbandes in die vorgeschlagenen Regelungen über die einzurichtende Nationale Kontaktstelle gemäß der Richtlinie 2011/24/EU wird abgelehnt. Privatversicherte haben im Rahmen des vertraglichen Versicherungsschutzes auf Basis der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bereits seit Jahrzehnten einen Anspruch auf Krankenbehandlung im europäischen Ausland. Verlässliche Auskünfte über den Umfang ihrer Versicherungsverträge für eine Heilbehandlung kann ihnen nur das Versicherungsunternehmen erteilen. Die Einbeziehung in die Finanzierung der Kontaktstelle hätte für sie somit keinen Nutzen. Insofern stößt die Regelung auf verfassungsrechtliche Bedenken.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0326(35)
gel. VB zur öAnh. am 22.10.
2012_Patientenrechte
19.10.2012

In Ziffer 8 des Änderungsantrags zu § 219d SGB V-E ist vorgesehen, dass der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) in die Aufgabenerfüllung der nationalen Kontaktstelle eingebunden werden soll (§ 219d Abs. 1 SGB V-E). Zudem soll der PKV-Verband an der Finanzierung der nationalen Kontaktstelle beteiligt werden (§ 219d Abs. 3 SGB V-E).

Eine Beteiligung der Privaten Krankenversicherung an der nationalen Kontaktstelle würde zu erhöhten Verwaltungskosten führen, ohne dass hieraus ein Vorteil für die privat krankenvollversicherten Patienten erwachsen würde. Die Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung ist aus folgenden Gründen abzulehnen:

- 1) Die Private Krankenversicherung fällt nicht in den Anwendungsbereich der RL 2011/24/EU und der damit verbundenen nationalen Umsetzungsbestimmungen. Dies folgt insbesondere aus der Entstehungsgeschichte sowie Sinn und Zweck der RL 2011/24/EU: Die Richtlinie im Zusammenspiel mit den Verordnungen zur Koordination der sozialen Sicherungssysteme in Europa (VO (EG) Nr. 883/2004 und VO (EG) Nr. 987/2009) sollen die Rechtsprechung des EuGH zur Wahrnehmung der Grundfreiheiten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Bereich der sozialen Sicherheit und des Gesundheitsbereichs in Form der gesetzlichen Sozialversicherung umsetzen (vgl. Erwägungsgrund 26 RL 2011/24/EU). Gegenstand dieser Rechtsprechung waren insbesondere Leistungsbeschränkungen in den nationalen Sozialversicherungssystemen bei der Inanspruchnahme von ausländischen Leistungserbringern. Die gesetzlichen Leistungsbeschränkungen, auf die das Gemeinschaftsrecht Bezug nimmt, gelten für die Private Krankenversicherung nicht. Die Reichweite des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den vertraglichen Vereinbarungen, die von der Richtlinie nicht tangiert werden. Aufgrund der vertraglichen Vereinbarungen gilt der Versicherungsschutz in der Privaten Krankenversicherung nach Maßgabe der Musterbedingungen des PKV-Verbandes bereits seit Jahrzehnten europaweit, einschließlich des europäischen Wirtschaftsraumes (EWR).

Eine Einbeziehung in den Anwendungsbereich ist auch nicht interessengerecht. Die in der RL 2011/24/EU festgelegten Regelungen sind für die Private Krankenversicherung wesensfremd. Die Vorschriften der RL 2011/24/EU sind auf Sozialversicherungsträger zugeschnitten, die selbst für die Erbringung der von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen verantwortlich sind. Auf die Private Krankenversicherung, die kein Sozialversicherungsträger ist und die nach dem Kostenerstattungsprinzip arbeitet, passen die Regelungen nicht.

Da der vertragliche Versicherungsschutz privat vollversicherter Personen bereits seit den 1960er Jahren besteht, ist die Inanspruchnahme ausländischer Leistungserbringer durch die Versicherten eine lange eingeübte Praxis. Die Versicherten werden bei Bedarf umfassend informiert und bei der Inanspruchnahme unterstützt. Weiterer Regelungsbedarf besteht also nicht. Im Gegenteil: Die Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung würde die privat Krankenversicherten mit zusätzlichen Verwaltungskosten belasten, ohne dass ein zusätzlicher Nutzen entstehen würde.

- 2) Eine Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung wäre auch nicht sachgerecht. Ziel der Einrichtung der nationalen Kontaktstelle ist es, Patienten zu helfen, eine sachkundige und kostenbewusste Entscheidung zu treffen, wenn sie die Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen. Bei den privaten Versicherern handelt es sich um im Wettbewerb stehende Unternehmen, die unterschiedliche Produkte zu unterschiedlichen Preisen anbieten. Die Vertragsabschlüsse zwischen den Versicherungsunternehmen und den einzelnen Versicherten erfolgen dabei auf privatrechtlicher Grundlage. Welche Versicherungsleistungen im Einzelnen versichert sind, ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag und den entsprechenden Tarifbedingungen.

Um dem Patienten die gewünschten Auskünfte geben zu können, müssten die Vertreter der Kontaktstelle eine Einzelfallbetrachtung vornehmen, die nicht Sinn und Zweck der nationalen Kontaktstelle erfüllt und über deren Aufgabenzuweisung hinausgeht. Der Vorteil einer Beteiligung von privaten Krankenversicherungsunternehmen an der nationalen Kontaktstelle ist daher nicht ersichtlich.

- 3) Die nationale Kontaktstelle kann wesentliche Aufgaben für privat krankenversicherte Patienten nicht wahrnehmen, insbesondere nicht die in § 219d Abs. 1 Satz 3 SGB V-E vorgesehene Bereitstellung von Informationen:

Die bereitzustellenden Informationen nach § 219d Abs. 1 Satz 3 Ziffer 2 SGB V-E über Rechte und Ansprüche des Versicherten bei Inanspruchnahme grenzüberschreitender Leistungen können nicht pauschal ermittelt werden, sondern ergeben sich aus dem einzelnen Versicherungsvertrag mitsamt der Tarifbedingungen. Hierüber kann die Kontaktstelle im Bereich der Privaten Krankenversicherung aufgrund der individuellen Tarifgestaltung und der großen Zahl der Tarife keine verlässliche Auskunft geben. Eine verbindliche Auskunft über die Leistungspflicht des Versicherers bei der Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland kann nur der Versicherer geben. Die Informationen der Kontaktstelle wären für den Versicherten nicht verlässlich; eine Bindung des Versicherers an die Auskunft ist nicht möglich. Dies folgt auch aus § 14 VVG. Ein ganz wesentlicher Teil der auf die Kontaktstelle übertragenen Aufgabe (§ 219d Abs. 1 Satz 3 Ziffer 2 SGB V-E) ist für die Private Krankenversicherung bedeutungslos und überflüssig. Gleiches gilt für Informationen über Kontaktstellen in anderen Mitgliedstaaten (§ 219d Abs. 1 Satz 3 Ziffer 3 SGB V-E), da diese keine verlässliche Auskunft über den Umfang des deutschen Versicherungsschutzes geben kann. Schließlich liegen die in § 219d Abs. 1 Satz 3 Ziffer 1 SGB V-E genannten Informationen den PKV-Unternehmen nicht vor.

Darüber hinaus ist die Bereitstellung von Informationen direkter Ausfluss der unter Ziffer 1) genannten Richtlinien- und Verordnungsumsetzung und gilt für die Private Krankenversicherung nicht.

- 4) Die Mitfinanzierung der nationalen Kontaktstelle durch den PKV-Verband ist nicht gerechtfertigt. Die privat Krankenversicherten haben – wie bereits dargelegt – keinen wesentlichen Nutzen aus den Auskünften der Kontaktstelle. Insbesondere die maßgebliche Frage über den Umfang des Versicherungsschutzes bei einer Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland

kann von der Kontaktstelle nicht geleistet werden. Insoweit bestehen gegen die Einbeziehung des PKV-Verbandes auch erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken. Es handelt sich um eine Sonderabgabe der privat Krankenversicherten, ohne dass die hierfür erforderlichen Zulässigkeitskriterien der Gruppennützigkeit und Gruppenverantwortlichkeit vorliegen. Dem Bundesgesetzgeber fehlt daher die Kompetenz, dem PKV-Verband eine entsprechende Kostenlast aufzuerlegen.