



Noch mehr Macht für die Private Krankenversicherung?

Versicherungsvertragsgesetz soll novelliert werden

Geht es nach dem Bundesjustizministerium (BMJ), dann werden private Krankenversicherungen künftig einen erheblichen Kompetenzzuwachs erfahren. Ein Referentenentwurf zum Versicherungsvertragsgesetz aus dem Hause von Ministerin Brigitte Zypries sieht im Kapitel „Krankenversicherung“ vor, dass die PKV „zusätzliche Dienstleistungen“ in Form von Gesundheitsleistungen sowie Beratung über die Anbieter solcher Leistungen erbringen darf.

Dazu sollen zählen: Die Beratung zur „Berechtigung von Entgeltansprüchen der Erbringer von Leistungen“, die Abwehr vermeintlich unberechtigter Entgeltansprüche sowie die Durchsetzung von Ansprüchen wegen unterstellter fehlerhafter Erbringung der Leistungen und der sich hieraus ergebenden Folgen. Außerdem soll ermöglicht werden, dass Leistungen unmittelbar mit deren Erbringern abgerechnet werden. Die Vorschläge des BMJ gehen zurück auf einen im April 2004 veröffentlichten Bericht der „Kommission zur Reform des Versicherungsrechtes“.

Ziel: Kostensteuerung

Dort hatte die Versicherungswirtschaft selbst kräftig „Hand angelegt“. Weder die Versicherten noch die Leistungsträger in der Privaten Krankenversicherung, also die Heil- und Gesundheitsberufe, waren in der Kommission vertreten. Dabei hatte sich die PKV zum Ziel gesetzt, „neue Formen und Methoden zur wirksamen Kostensteuerung“ einzuführen. Unter der Überschrift „managed care“ wurde im Schlussbericht der Kommission gar die „Erbringung medizinischer und sonstiger Gesundheitsleistungen durch den Versicherer oder durch von ihm beauftragte Gesundheitsdienstleister“ in Form von „Naturalleistungen“ gefordert (siehe auch BZB Januar/Februar 2004 „Vom Payer zum Player – Wohin steuert die Private Krankenversicherung?“).

Ganz so weit geht der jetzt vorgelegte Referentenentwurf aus dem SPD-geführten Justizministerium nicht. Und auch an einer anderen Stelle hat sich die Versicherungswirtschaft – zumindest auf den ersten Blick – nicht durchgesetzt. Statt durch Einführung eines allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebotes – analog zur Gesetzlichen Krankenversicherung – soll die Leistungspflicht des Versicherers nur noch dann eingeschränkt werden, wenn „Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem unangemessenem Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen“.

Bürgerversicherung lässt grüßen

Damit folgt das BMJ der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes, der in einer hier relevanten Entscheidung aus dem Jahr 2003 nicht von einem „unangemessenen Verhältnis“, sondern von „ganz unverhältnismäßigen Kosten“ gesprochen hat, die der Versicherer im Zweifelsfall nicht zu erstatten braucht.

Viel problematischer als diese Aufweichung der Begrifflichkeiten ist jedoch, dass das BMJ in seinen Erläuterungen zum Referentenentwurf davon ausgeht, dass ein Wirtschaftlichkeitsgebot – unter Umgehung der BGH-Rechtsprechung – wenn nicht durch Gesetz, so doch über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen eingeführt werden kann. Hellhörig macht auch eine Formulierung, wonach es den Versicherungen künftig erlaubt sein soll, „bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens“ ihre



Bundesjustizministerin Brigitte Zypries, SPD

Quelle: SPD-Parteivorstand



Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen „den veränderten Verhältnissen anzupassen“. Hier lässt die Bürgerversicherung bereits grüßen.

Eingriff in Arzt-Patienten-Verhältnis

Was die Erweiterung der Kompetenzen für die PKV angeht, so hat die Bundeszahnärztekammer bereits im Mai 2004 vor einem Eingriff in die Rechte der Versicherten gewarnt. Die beabsichtigte Kompetenzerweiterung der Versicherer greift massiv in das Arzt-Patienten-Verhältnis ein. Anders als der Arzt, der einen Heilauftrag im Rahmen des Qualitäts- und Leistungsmanagements 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. Neben dem ordnungspolitischen Flurschaden, den die Gesetzesinitiative der Bundesjustizministerin auf dem überwiegend mittelständisch strukturierten Gesundheitssektor in Deutschland anrichten wird, gibt es eine Fülle von Rechtsfragen, die sich stellen.

Machtzuwachs der PKV

Rechtlich problematisch ist beispielsweise die Klarstellung im Versicherungsvertragsgesetz-Entwurf, nach der ein Anspruch des Patienten auf Rückzahlung eines vermeintlich ohne rechtlichen Grund gezahlten Honorars gegen einen Arzt/Zahnarzt auf den Versicherer übergeht, soweit der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat. Der Versicherungsnehmer hat dabei den Versicherer bei der Geltendmachung des Anspruches zu unterstützen (Mitwirkungspflicht). Nach dieser Regelung greift die Private Krankenversicherung nicht nur in das Arzt-Patienten-Verhältnis ein, sondern auch in die der Anwaltschaft gesetzlich vorbehaltene Rechtsberatung. Einmal mehr stärkt das Justizministerium damit 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. Vorboten einer solchen Entwicklung gibt es bereits in Gestalt einzelner Versicherungsunternehmen, die sich Ansprüche ihrer Kunden abtreten lassen.

Qualitätsverlust in der Gesundheitsversorgung droht

Nimmt man die von der Bundesregierung ins Verfahren gebrachten Änderungen im Vertragsarzt- und im Versicherungsvertragsrecht zusammen, ergänzt um jene Aussagen im Koalitionsvertrag, wonach eine Behandlungspflicht für Privatversicherte zu abgesenkten Gebührensätzen vorgeschlagen wird, so wird deutlich, dass ein erheblicher Qualitätsverlust in der Gesundheitsversorgung droht. Neue Strukturen sollen in erster Linie Kosten sparen – bei der Beihilfe, in der Privaten Krankenversicherung und ebenso bei der Gesetzlichen. Welche Folgen das alles hat, kann man derzeit im stationären Sektor „bewundern“: Frustrierte Ärzte, schlecht bezahltes und überfordertes Personal, Wartelisten, Versorgungsengpässe.

Und auch der ambulante Bereich blutet so langsam aus: Immer mehr Mediziner zieht es nach Großbritannien, während britische Patienten vor den Wartelisten des National Health Service aufs Festland flüchten. Man darf gespannt sein, wie die Schmidts und Lauterbachs in der Politik reagieren, wenn sich in der nächsten Phase auch die deutschen Versicherten zur Behandlung ins Ausland begeben, weil sie in Deutschland mehr schlecht als recht versorgt werden.

Rechtsanwalt Peter Knüpper,
Hauptgeschäftsführer der BLZK