

27. März 2007

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts

(BT-Drs. 16/3945)

Zusammenfassung:

Bei grundsätzlichem Einverständnis mit den speziell die private Krankenversicherung betreffenden Vorschriften (§§ 192ff.) stellt doch die Rückführung des im Referentenentwurf eines VVG-Reformgesetzes enthaltenen „**Übermaßverbotes**“ (§ 192 Abs. 2 **VVG-E**) auf den Wuchertatbestand eine deutliche Verschlechterung dar.

Auch die neue Vorschrift zur **Erhebung gesundheitsbezogener Daten** (§ 213 **VVG-E**) geht weit über den vom Bundesverfassungsgericht konkretisierten Schutz des informationellen Selbstbestimmungsrechts hinaus und macht moderne Abrechnungsverfahren auf elektronischem Wege nahezu unmöglich.

Erhebliche Bedenken bestehen auch gegen die **Neuregelung** der Rechtsfolgen einer **Anzeigepflichtverletzung**, weil dadurch unredliche Antragsteller zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft gegenüber ehrlichen bevorzugt werden.

Im Einzelnen:

Zu Artikel 1: Gesetz über den Versicherungsvertrag

1. **Teil 1 „Allgemeiner Teil“**
Kapitel 1 „Vorschriften für alle Versicherungszweige“
und
Kapitel 2 „Schadenversicherung“

Zu den alle Versicherungszweige betreffenden Vorschriften sowie den sich auf die Schadenversicherung beziehenden Bestimmungen (soweit sie auf die Krankenversicherung anwendbar sind – vgl. § 194 VVG-E) schließen wir uns den Ausführungen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. an. Wir unterstützen dessen Stellungnahme, insbesondere was die **Abschaffung des Policenmodells**, die **Beratung des Versicherungsnehmers** sowie die **Rechtsfolgen von Anzeigepflichtverletzungen** anbelangt, uneingeschränkt.

Anzeigepflichtverletzung

Speziell zu **§ 21 Abs. 3 VVG-E**, wonach das Rücktrittsrecht bei leicht fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht entfallen soll, möchten wir ergänzend noch auf folgendes hinweisen:

Bei den „Gefahrumständen“ handelt es sich um medizinische Sachverhalte, die sich häufig der Beurteilung durch den Laien entziehen. Der Versicherungsnehmer wird sich also bei unzutreffenden Angaben in der Regel auf mangelnde Sachkenntnis berufen können. Damit bleibt jedoch - wenn nicht objektive Umstände hinzukommen, die Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit belegen - eine Anzeigepflichtverletzung häufig ohne Folgen. Der unredliche Versicherungsinteressent wird damit bevorzugt und die Versichertengemeinschaft immer mit den Kosten des Versicherungsfalles belastet, der zur Aufdeckung der Anzeigepflichtverletzung geführt hat. In der Krankenversicherung z.B. kann aber bereits ein einzelner Versicherungsfall, denkt man etwa an eine Operation, zu erheblichen Aufwendungen führen. Als Folge wird sich der Versicherungsschutz für alle Versicherten verteuern.

Dieses Ergebnis ist nicht hinnehmbar, umso weniger, als mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Pflicht zur Krankenversicherung eingeführt wird. Korrespondierend dazu werden die Unternehmen der privaten Krankenversicherung einem Kontrahierungszwang für den neu einzuführenden Basistarif unterworfen. Gerade angesichts dieses tiefgreifenden Eingriffs in die Vertragsfreiheit müssen für alle anderen Tarife die Grundsätze der Risikoprüfung und Risikoäquivalenz uneingeschränkt erhalten bleiben.

2. Kapitel 8 „Krankenversicherung“

2.1 Übermaßverbot

Das in § 192 Abs. 2 VVG-E vorgesehene „Übermaßverbot“, das es der PKV ermöglichen soll, unangemessene Preisforderungen der Leistungserbringer zu reduzieren, ist gegenüber dem **Referentenentwurf** deutlich verschlechtert worden.

Bis zum Jahre 2003 ist die Befugnis, überhöhte Preise auf einen angemessenen Betrag herabzusetzen, in Übereinstimmung mit Rechtsprechung und Literatur aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen hergeleitet worden. Im Jahre 2003 hat der Bundesgerichtshof jedoch aus rein formalen Gründen seine Rechtsprechung geändert; der Wortlaut von § 5 Abs. 2 der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) gebe ein solches Kürzungsrecht nicht her, eine erweiternde Auslegung sei angesichts des eindeutigen Wortlauts nicht möglich. Zugleich hat der Bundesgerichtshof aber auch festgestellt, dass der Versicherungsnehmer „bei der Inanspruchnahme einer besonders kostenträchtigen und nicht vital lebensnotwendigen Behandlung in angemessener Weise Rücksicht auf den Versicherer und die Versichertengemeinschaft nehmen“ müsse. Der Versicherer brauche „deshalb jedenfalls ganz unverhältnismäßige Kosten dafür nicht zu erstatten“ (Urteil vom 12.03.2003 – IV ZR 278/01 – VersRecht 2003, S. 581 ff.).

Der VVG-Gesetzgeber hat daraufhin in den Referentenentwurf eine Vorschrift aufgenommen, die der fast 30 Jahre lang gültigen Auslegung des Bedingungswerkes entsprach und es der PKV ermöglicht hätte, Preisforderungen zurückzuweisen, „soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen“ (§ 192 Abs. 2 Referentenentwurf des VVG).

Die entsprechende Bestimmung im Regierungsentwurf stellt nunmehr darauf ab, dass „die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen“. Diese Formulierung entspricht dem Wucherverbot in § 138 Abs. 2 BGB, das ohnehin für jedes Schuldverhältnis gilt und keiner besonderen Regelung im VVG bedurft hätte. Die Schwelle wird damit so hoch gelegt, dass die PKV nur in ganz extremen Fällen von der Kürzungsbefugnis Gebrauch machen können. Wie wenig diese Vorschrift geeignet ist, auf die Preisgestaltung der Leistungserbringer Einfluss zu nehmen, zeigt der Sachverhalt, der der maßgeblichen Entscheidung des Bundesgerichtshofs zugrunde gelegen hat: Dort ging es darum, ob die PKV erstattungspflichtig ist für eine Fallpauschale bei stationärer Behandlung, die um rund 900 % über der Fallpauschale vergleichbarer anderer, der Bundespflegesatzverordnung unterliegender Krankenhäuser lag. Der Bundesgerichtshof hat den Vergleich mit den Plankrankenhäusern nicht akzeptiert, sondern auf den Vergleich lediglich mit Privatkliniken abgestellt – also auf

solche Häuser, die in ihrer Preisgestaltung frei sind. Wenn alle solche Privatkliniken auf ein mehrere hundert Mal überhöhtes Preisniveau gehen, ist kein Vergleichsmaßstab mehr gegeben, der den Wucher begründen könnte.

Die im Regierungsentwurf für die Änderung gegebene Begründung, dass ein solches Wirtschaftlichkeitsgebot nicht für bereits bestehende Krankenversicherungsverträge eingeführt werden könne, um den Versicherungsnehmer nicht unangemessen zu benachteiligen, ist falsch. Das „Wirtschaftlichkeitsgebot“ war der Vorschlag der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts und besagte, dass medizinisch notwendig nur die jeweils kostengünstigste Behandlung ist. Gegen eine solche Regelung hat sich auch die private Krankenversicherung selbst ausgesprochen und stattdessen die Wiederherstellung des Übermaßverbotes gefordert. Diese Regelung ist seit Einführung der MB/KK über fast 30 Jahre hinweg Inhalt des Krankenversicherungsvertrages gewesen, stellt also keinen Eingriff in die bestehenden Verträge dar. § 192 Abs. 2 VVG-E i.d.F. des Regierungsentwurfs hingegen geht deutlich hinter den bisherigen Rechtszustand zurück. Leidtragende sind die Versicherten – und die Beihilfe –, die überhöhte Preisforderungen über Beitragsanpassungen finanzieren müssen.

Unangemessene Preise sind insbesondere in den Leistungsbereichen zu beobachten, in denen es keine staatlichen Gebührenordnungen gibt. Für identische Leistungen wird Privatpatienten ein Vielfaches des Preises abverlangt, der für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung gilt - nur, weil sie einen anderen Versicherungsstatus haben.

Der überproportionale Finanzierungsanteil, den die PKV heute in das Gesundheitswesen einspeist, würde durch die Rückkehr zu der im Referentenentwurf vorgesehenen Bestimmung nicht geschmälert, da es sich wie gesagt, nur um die Wiederherstellung des bisherigen Rechtszustandes handelt.

§ 192 Abs. 2 VVG-Entwurf sollte deshalb wieder wie folgt formuliert werden:

„(2) Der Versicherer ist nach Absatz 1 nicht zur Leistung verpflichtet, soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.“

Eine solche Vorschrift könnte darüber hinaus auch Grundlage für mehr Transparenz sein, die sowohl Leistungserbringern als auch Versicherten zugute käme. Um den Begriff der „Angemessenheit“ mit Inhalt zu füllen, könnte der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. ermächtigt werden, gemeinsam mit den Berufsvertretungen der Leistungserbringer Empfehlungen zur Bemessung der Entgelte abzugeben. Eine entsprechende Regelung findet sich bereits heute in § 17 Abs. 1 Sätze 3 und 4 KHEntgG für die Wahlleistungszuschläge bei stationärer Behandlung.

2.2 Datenschutz

Erhebliche Schwierigkeiten bereitet auch der erst im Regierungsentwurf erstmals aufgenommene **§ 213 VVG-E**, der sich mit der Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten befasst und der nicht nur die Leistungsbearbeitung in der heutigen Form erheblich erschwert, sondern auch die Einführung moderner Abrechnungsmethoden faktisch unmöglich macht.

Wenn die elektronische Gesundheitskarte in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt wird, ist für rund 90 % der Bevölkerung ein elektronisches Abrechnungsverfahren etabliert. Die Leistungserbringer werden nicht bereit sein, für die rund 10 % ihrer Patienten, die privat krankenversichert sind, einen davon abweichenden zweiten Abrechnungsweg einzuführen. Dies gilt insbesondere für den neuen Basistarif, der dem Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen muss. Deshalb will auch die Privatkrankenversicherung ihren Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte aushändigen. Damit ist kein Wechsel zur Sachleistung verbunden, sondern es sollen lediglich Effizienz und Wirtschaftlichkeit des Verwaltungsvorgangs der Abrechnung verbessert werden. Das unmittelbare Vertragsverhältnis zwischen Privatversicherten und Leistungserbringern bleibt unberührt, der Versicherte kann auch weiterhin selbst darüber entscheiden, ob er eine Rechnung überhaupt zur Erstattung einreicht oder stattdessen z.B. Beitragsrückerstattung in Anspruch nimmt.

Die Fassung von § 213 VVG-E würde jedoch bereits die Funktion des elektronischen Rezeptes, also des ersten Anwendungsfalls der elektronischen Gesundheitskarte, unausführbar machen. Bei den Daten eines elektronischen Rezeptes handelt es sich um Gesundheitsdaten. Es müsste deshalb eine einzelfallbezogene Einwilligung gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz erklärt werden. Nach Auffassung der einschlägigen Kommentarliteratur und insbesondere auch der Datenschutzaufsichtsbehörden hat eine Einwilligung nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz schriftlich zu erfolgen. Wenn jedoch der Versicherte jedes Mal, bevor der Apotheker ein Rezept zur Abrechnung an das Krankenversicherungsunternehmen weitergeben kann, eine schriftliche Einwilligungserklärung abgeben muss, steigt der Verwaltungsaufwand auf ein nicht mehr zu vertretendes Maß.

Von Krankenhausträgern und Heilpraktikern dürften überhaupt keine gesundheitsbezogenen Daten erhoben werden, und zwar auch nicht mit Einwilligung des Versicherten, da dieser Kreis von Leistungserbringern nicht zu den in § 203 Abs. 1 Nr. 1 Strafgesetzbuch genannten Personen gehört. Nur bei diesen Personen erlaubt § 213 VVG-E aber die Datenerhebung. Damit würde z.B. das gegenwärtige Klinik-Card-Verfahren, das dem Privatpatienten bei stationärer Behandlung von Vorauszahlungen an das Krankenhaus freistellt und stattdessen die Direktabrechnung zwischen Versicherer und Krankenhausträger etabliert, zum Nachteil des Versicherten gefährdet. Auch für den Krankenhausträger wäre ein Weg-

fall des Klinik-Card-Verfahrens nachteilig, da es ihn mit der Gefahr von Zahlungsausfällen seitens des Patienten konfrontiert.

Diese Ergebnisse sind umso weniger vertretbar, als § 213 VVG-E weit über das hinausgeht, was das Bundesverfassungsgericht für erforderlich hält, um den Schutz des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung des Versicherten zu gewährleisten. Das Bundesverfassungsgericht hat die grundsätzliche verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer pauschalen Schweigepflichtentbindungserklärung bejaht und lediglich gefordert, dass dem Versicherten die alternative Möglichkeit eingeräumt werden muss, die erforderlichen Informationen einzelfallbezogen bereitzustellen.

2.3 Zusätzliche Dienstleistungen

Im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte schlagen wir vor, in dem neuen **§ 192 Abs. 3 Nr. 5 VVG-E** der den Krankenversicherungsunternehmen die Möglichkeit eröffnet, zusätzliche Dienstleistungen als Inhalt der Krankenversicherung zu vereinbaren, nach dem Wort „Erbringern“ die Worte **„mittels einer elektronischen Gesundheitskarte“** zu ergänzen. Damit würde die Bestimmung einen spezifischen Inhalt erhalten, der bisher nicht ersichtlich ist. Denn die unmittelbare Abrechnung mit den Leistungserbringern ist bereits nach geltendem Recht möglich ist, wie etwa das Klinik-Card-Verfahren zeigt.

Zu Artikel 2: Einführungsgesetz zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

Die in Artikel 2 Nr. 2 EG-VVG-Entwurf für die Krankenversicherung eingeräumte Option, die §§ 192 – 208 bereits ab 1. Januar 2008 in den Bestand einzuführen und damit die Splittung der Versicherungsbestände in Bestand, der bis 31.12.2008 nach altem Recht zu führen ist, und Neugeschäft, für das ab 1. Januar 2008 das reformierte VVG Anwendung findet, zu vermeiden, wird grundsätzlich begrüßt, kann aber von den privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht genutzt werden. Denn solange nicht auch die auf die Krankenversicherung anwendbaren Vorschriften des Allgemeinen Teils bereits auf den 1. Januar 2008 vorgezogen werden können, ist die doppelte Bestandsführung nicht zu vermeiden.