

## **Das Märchen von der besseren Privaten Krankenversicherung (PKV) \***

### **- Vorteile der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die Versicherungsvermittler verschweigen -**

Ein PKV-Versicherter bekommt seinen Tumor am Hals, einen Sehnerv und die halbe Zunge entfernt. Die nachfolgende Protonentherapie - kostet bis zu mehr als 43 TEUR - mag die PKV nicht bezahlen. Die Personalabteilung des Arbeitgebers hatte die PKV vermittelt, mit bis zu mehr als 1.000 Euro Monatsprämie.

Die ebenfalls PKV-versicherte Ehefrau bekommt darauf hin eine Depression, aber keine Haushaltshilfe als Unterstützung bei der Aufzucht ihrer noch nicht schulpflichtigen Kinder.

Eine Schwester der Ehefrau ist bestürzt, denn ihre GKV bezahlt nach der Entbindung ohne Weiteres eine Haushaltshilfe, auch die Hebamme zur Hausgeburt, und würde auch bei Strahlentherapie leisten. Die Hausfrau ist prämienfrei in der GKV-Familienversicherung. Auch die Kinder kosten keinen Beitrag.

### **Schulmedizin oder alternative Heilmethoden**

Grundsätzlich sind nur Röntgenstrahlen medizinisch notwendig, es sei denn, sie kämen aus guten Gründen nicht in Frage, so daß es darauf ankommt, wie von Seiten des Arztes argumentiert wird.

Würde es sich um keine Methode der Schulmedizin handeln, wäre es eine sogenannte alternative Heilmethode, dann könnte die gleiche Wirksamkeit verlangt werden, und außerdem die Erstattung auf den Betrag für eine Methode der Schulmedizin herabgesetzt werden, vgl. § 4 (6) MB/KK.

Eine Haushaltshilfe und einige andere Leistungen gibt es in der PKV eigentlich nur im Basistarif - kaum jemand erfährt das, wenn er eine PKV abschließt. Eigentlich müßte aber jeder über den Unterschied zum Basistarif aufgeklärt werden, bzw. bereits über den zur GKV, so daß im Zweifel der Versicherungsvertreter und erst recht der Versicherungsmakler in der Verantwortung stehen.

### **Abgeschlossene Leistungszusage oder geschlossener Hilfsmittelkatalog**

Im Unterschied zur GKV gibt es in der PKV oft einen sogenannten geschlossenen Hilfsmittelkatalog. Dieser darf auch wie alle anderen tariflich zugesagten Leistungen in keinem Tarif jemals geändert werden – weder verschlechtert noch verbessert. Die Leistungen sind in der PKV garantiert – heißt sie können weder durch Gesetzgeber noch Versicherer verschlechtert, aber auch nicht verbessert werden. Denn zu solch einer Leistungsverbesserung wird niemals ein Treuhänder zustimmen, weil sie ja auch mehr Beitrag kosten würde. Hingegen sind grundsätzlich nach dem Versicherungsvertragsgesetz Leistungsverschlechterungen zulässig, wenn sich die Leistungen z. B. stark ausgeweitet oder verteuert haben, als Alternative zu einer Beitragsanpassung – garantiert aber nur mit Treuhänderzustimmung.

Damit wird durch die PKV nur erstattet, was bei Abschluß der Versicherung als Standard vereinbart wurde. Im Unterschied dazu passen sich die Leistungen der GKV dem technischen Fortschritt an – auch der Gesetzgeber kann hier eingreifen. Nur er kann aber auch nach reiflicher Prüfung Leistungen reduzieren. In der PKV wird man dagegen regelmäßig einen Wechsel in einen jüngeren Tarif, vielleicht mit umfangreicheren Leistungen

oder günstigerer Prämie prüfen müssen – für Mehrleistungen aber wird hier ein Risikozuschlag für alle zwischenzeitlich bestehenden Erkrankungen erhoben – oder sie werden ausgeschlossen.

Die Vertragsfreiheit in der PKV erlaubt es z.B. die Zähne ganz wegzulassen, oder auf die Brille zu verzichten, und dies natürlich nicht beliebig, sondern nur so, wie es Versicherer auch anbieten. Ohne Zahntarif wird jedoch der Versicherer den späteren Tarifwechsel nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in einen sogenannten Kompakttarif „Am Stück“ – also untrennbar inklusive Zahnleistungen - verweigern können, mangels zu verlangender Gleichartigkeit der Tarife.

### **PKV erstattet lebenswichtige Hilfsmittel oft nicht**

Der überlebenswichtige Atemmonitor wäre nicht mal ein Hilfsmittel, sondern als Meßgerät ähnlich dem Fieberthermometer oder der Personenwaage, also nie erstattungsfähig, wenn nicht ausdrücklich zugesagt.

Andere Hilfsmittel, wie beispielsweise der Herzschrittmacher oder die Herzklappe sind in der GKV ausdrücklich als solche enthalten. In der PKV sind diese Hilfsmittel nicht mal im Katalog enthalten - geleistet wird – hoffentlich - trotzdem, was man bei mancher PKV damit begründet, daß Hilfsmittel nur Gegenstände betrifft, die nicht implantiert werden. Man kann hoffen, dass es die eigene PKV auch so sieht, sollte aber nicht damit rechnen, dass sie sich beim Wort nehmen lässt und auch ein Mittelohrimplantat statt eines konventionellen Hörgeräts leistet, ohne Verweis auf den Hilfsmittelkatalog.

Je nach PKV-Tarif können sich die erstattungsfähigen Heil- und Hilfsmittel und der Leistungsumfang nach Höchstgrenzen und Prozentsatz deutlich unterscheiden, auch im Vergleich zur GKV.

### **Lotterie bei den PKV-Leistungen?**

Die Versicherungsbedingungen sind ein Versuch, in Worten darzulegen, was man meint leisten zu wollen. Die tatsächliche Leistungsregulierung stellt dann eine lose Anlehnung daran dar, die nicht unbedingt vom Wortlaut und nicht einmal von Logik geprägt ist, beides ist vielmehr Ausdruck einer recht ungenauen Vorstellung über das, was man zu tun gedenkt. In Einzelfällen liefert die Rechtsprechung eine Auslegung, oft aber nur für den Einzelfall, oder erklärt eine Klausel auch einmal für unwirksam. Jeder Versuch, etwas in den Bedingungen präziser zu sagen, beinhaltet die zunehmende Gefahr, dass es am Ende aus welchen Gründen auch immer in die Unwirksamkeit abgleitet. Der Versuch der Aufsichtsbehörde, die im Ausland nicht vorhandene Apotheke, aus der ein Arzneimittel bezogen sein muss, durch „eine zur Abgabe von Medikamenten gesetzlich befugte Stelle“ zu ersetzen erinnert da noch eher harmlos an das gesammelte Schweigen von Dr. Murkes. Bei der Frage der medizinischen Notwendigkeit, Wirksamkeit, Übermaß, Abgrenzung Schulmedizin/Alternativmedizin etc. geht es vorab um medizinische Sachfragen - oft mit unterschiedlichen Meinungen.

### **Lebensgestaltung, beispielsweise Kinderwunschbehandlung und Haushaltshilfe**

Bei der Erstattung von Leistungen durch die PKV geht es noch vor der Frage der medizinischen Notwendigkeit erst einmal um die Frage des Behandlungsziels, denn an diesem misst sich erst die medizinische Notwendigkeit. In der PKV ist dies die Heilung, Besserung oder Linderung einer Krankheit. Es geht nicht um Vorbeugung oder sonstigen Ausgleich der Folgen, und nicht um Lebensgestaltung. Daher fällt darunter z. B. nicht die Haushaltshilfe und auch nicht die Kinderwunschbehandlung, die zwar das Kind liefert, aber

an der Krankheit gar nichts ändert, und auch keine Leistung für Sterbebegleitung im Hospiz bei unheilbaren sich nicht mehr bessernden Krankheiten, außer für den Teil, der direkt die Krankheit lindert, also das Morphin, aber nicht den Aufwand für die sonstige "Lebensgestaltung". Nur wenn ausdrücklich im Tarif zugesagt, wird auch dafür geleistet.

So ist es beim Zahnersatz aber schon fraglich, ob Ziel, an dem die medizinische Notwendigkeit gemessen wird, die Wiederherstellung der Kaufähigkeit ist, oder auch die optisch einwandfreie Wiederherstellung.

Gerichte sagen sehr deutlich, daß von vornherein niemand davon ausgehen darf, alles sei versichert, und dass deshalb auch gelegentlich Lebensnotwendiges daher fehlen darf.

### **Strategische Schadensregulierung und Beratungspflicht der Versicherer**

Nicht nur der PKV-Kunde wird im Schadenfall vor die Frage gestellt, was versichert ist. Auch die Versicherer weigern sich regelmäßig, vor Einreichung eines konkreten Leistungsantrags über "rein hypothetische Fälle" überhaupt nachzudenken oder dazu eine Auskunft zu geben. Sehr oft wird der Kunde daher mit dem Wortlaut der Versicherungsbedingungen alleine gelassen und darf sich denken, was es konkret für ihn bedeuten könnte, so ob er denn den in der GKV als Hilfsmittel aufgeführten Herzschrittmacher bekommt, wenn der bei seiner PKV im Hilfsmittelkatalog fehlt.

Demgegenüber sind auch die PKV-Versicherer zur Beratung der Kunden verpflichtet, sobald sie ein Beratungsbedürfnis erkennen, § 6 VVG, inklusive Haftung für Falschberatung. Und selbstverständlich haben Auskünfte des Versicherers zutreffend zu sein, indem die medizinischen Behandlungsziele und Diagnosen hinterfragt werden, anstatt daß etwa eine Protonentherapie zunächst einmal pauschal abgelehnt wird - und die PKV abwartet, ob der Kunde selbst sich mit eingehenderer Begründung jemals nochmal meldet. Kunden sollten daher erwägen, im Zweifel einfach ausdrücklich eine Beratung nach § 6 VVG vom Versicherer zu verlangen, die dieser auch erbringen muss, wenn es sich für ihn nachteilig auswirkt.

### **Unklare Versicherungsbedingungen und Risikoausschlüsse**

Durch Urteil vom 08.05.2013 hat der Bundesgerichtshof (BGH, Az. IV ZR 233/11) abermals entschieden, daß der Versicherungsschutz nicht weiter verkürzt werden darf, als der erkennbare Zweck einer Risikoausschlussklausel dies gebietet. „Der durchschnittliche Versicherte braucht nicht mit Lücken im Versicherungsschutz zu rechnen, ohne dass die Klausel ihm dies hinreichend verdeutlicht.“ Im Schadensfall gilt diese für Versicherungskunden günstige Auslegung auch bei der Auslegung von Versicherungsbedingungen für berufliche Risiken von Freiberuflern und Gewerbetreibenden.

Bisweilen freuen sich PKV-Versicherte, wenn sie wieder einen Versicherungsschutz auf dem Niveau der Basisversicherung über eine GKV bekommen haben, und einzelne PKV-Tarife zusätzlich ergänzend behalten, eingeschlossen die Option eines Tarifwechsels zur Optimierung der Leistungen. Doch kann sich dies auch als folgenschwerer Irrtum herausstellen.

### **PKV-Versicherte müssen nicht auf Warteliste sterben**

So sind PKV-Versicherte oft nicht darauf angewiesen, sich mit der Warteliste für Transplantationsorgane abzufinden, die von Euro-Transplant zugeteilt werden. Auf der Warteliste sterben jedes Jahr tausende Patienten, weil nicht rechtzeitig ein Organ zur

Verfügung steht. Für den Privatpatienten mit ausreichendem Versicherungsschutz auch für das Ausland reicht hingegen die Tatsache gesundheitlicher Schäden durch Abwarten auf eine Zuteilung nach Warteliste, um etwa in Außereuropa eine Organtransplantation von seinem Versicherer bezahlt zu erhalten, wo Euro-Transplant nicht tätig ist.

Dort gibt es einen regen Organhandel und eine rasche Zuteilung für zahlende Privatpatienten. Die meisten PKV-Tarife müssen dafür leisten, auch bei „moralischen Bedenken“. Diese sind zudem unbegründet, denn in vielen Ländern sind Krankenhäuser zwar zu Organentnahmen in der Lage, haben aber nicht die Qualifikation für Implantationen, so dass zwangsläufig ein internationaler Handel erforderlich ist. Zudem macht der Privatpatient, der eine Organtransplantation in Außereuropa vornehmen lässt, seinen Platz auf der Warteliste für einen GKV-Versicherten frei, der damit eine bessere Chance zum Überleben erhält. Es ist also eher eine Frage der Moral, ob Privatpatienten wirklich für die Organtransplantation einem GKV-Versicherten seinen Platz auf der Warteliste wegnehmen wollen, obwohl das vermeidbar wäre.