

## Private Krankenversicherung

Musterbedingungen für Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Bearbeitet von

Jan Wilmes, Dr. Peter Bach, Hans Moser, Dr. Jan Boetius, Jan Holger Göbel, Stephan Hütt, Bernhard Kalis, Lutz Köther, Wolfgang Reif, Jürgen Rudolph, Dr. Markus Sauer, Marius-Benjamin Schneider, Prof. Dr. Ansgar Staudinger, Roland Weber

5. Auflage 2016. Buch. Rund 1138 S. Gebunden

ISBN 978 3 406 66732 9

Format (B x L): 14,1 x 22,4 cm

[Recht > Handelsrecht, Wirtschaftsrecht > Versicherungsrecht](#)

Zu [Inhalts-](#) und [Sachverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beek-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

dungersatzes ohne Weiteres auch die Erbringung von **Sachleistungen** sein. Ebenso wie eine gesetzliche Krankenkasse neben der dort üblichen Sachleistung in ihrer Satzung gemäß § 53 Abs. 4 SGB V umgekehrt einen Tarif mit Kostenerstattung vorsehen kann, kann ein privater Krankenversicherer Sachleistungen gewähren. Dies stärkt zugleich den Wettbewerb zwischen GKV und PKV und entspricht damit auch der Zielsetzung des Ende 2006 verabschiedeten GKV-WSG.

Entsprechende Tarife sind teilweise bereits auf dem Markt. Beispiele sind der Bereich der Zahnprophylaxe oder die leihweise Überlassung von Hilfsmitteln wie Krankenfahrrädern oder Inhalationsgeräten durch den privaten Krankenversicherer. 179

### III. Krankenhaustagegeldversicherung (§ 192 Abs. 4 VVG)

Nach § 192 Abs. 4 VVG hat der VR bei Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung im Falle einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in vereinbarter Höhe zu leisten. 180

Der VR verspricht dem VN unter den genannten Voraussetzungen die Zahlung einer im Vorhinein festgelegten Summe für jeden Tag der stationären Behandlung. Diese Versicherungsleistung dient nicht der konkreten, sondern der **abstrakten Bedarfsdeckung**. Die Krankenhaustagegeldversicherung ist Summenversicherung, keine Schadenversicherung. 181

Sie soll dem Versicherten für die Zeit, in der er im Krankenhaus gewissen Einschränkungen unterliegt, unabhängig von den Behandlungs- und Krankenhauskosten gewisse Annehmlichkeiten ermöglichen (BGH NJW 1984, 1818). Alternativ wird eine Krankenhaustagegeldversicherung auch abgeschlossen, um im Falle eines stationären Aufenthaltes aus den unterschiedlichsten Gründen verbleibende und damit abstrakte Kosten zu kompensieren. 182

Die Bedeutung der Krankenhaustagegeldversicherung wird durch die Anzahl der nach dieser Tarifart versicherten Personen bestätigt. Im Jahre 2012 waren dies 8 153 700 Personen (Rechenschaftsbericht der PKV 2012, S. 17). 183

Der Anspruch auf Zahlung des Krankenhaustagegeldes setzt gemäß § 192 Abs. 4 VVG zunächst die medizinische Notwendigkeit einer „stationären“ Heilbehandlung voraus (LG Dortmund VersR 2011, 1305). Diese ist von einer ambulanten Behandlung abzugrenzen. 184

Anhaltspunkte für eine stationäre Aufnahme sind insbesondere: 185

- Unterbringung, Versorgung und Verpflegung im Krankenhaus für die Dauer eines vollen Tagesablaufes, i. d. R. einen Tag und eine Nacht (LG Köln und OLG Köln r+s 2009, 470 ff.)
- die Eingliederung des Patienten, die Integration in die Organisation des Krankenhauses einschließlich einer entsprechenden Betreuung sowohl seitens der Ärzte als auch der Krankenhausverwaltung (LG Köln VersR 1979, 565 f.; LG Wuppertal VersR 1977, 78 f.)
- das Erfordernis der weiteren Beobachtung und Behandlung im Krankenhaus. Hieran fehlt es, wenn der Patient das Krankenhaus mehrmals wöchentlich zwar aufsucht, zwischendrin aber nach Hause geht (LG Aschaffenburg VersR 1974, 1093).

Zwecks Vermeidung aufwendiger Einzelfallprüfungen haben die Krankenversicherer sich teilweise bemüht, den Begriff der stationären Behandlung in ihren Tarifbedingungen zu regeln. Üblich und von der Rechtsprechung auch 186

### VVG § 192

Teil B. VVG (§§ 192-208, 213)

als wirksam bestätigt (vgl. AG Wartburg NVersZ 2002, 76 f.) wurde beispielsweise eine Definition, nach der ein Krankenhausaufenthalt von mindestens 24 Stunden erforderlich ist.

- 187** Sehen die Tarifbedingungen als Voraussetzung für die Zahlung des Krankenhaustagegeldes – wie üblich – einen „Aufenthalt“ im Krankenhaus vor, entfällt der Anspruch auch für sog. Urlaubstage. Bereits nach dem allgemeinen Sprachgebrauch fehlt es an der für einen „Aufenthalt“ notwendigen körperlichen Anwesenheit im Krankenhaus (BGH NJW 1984, 1818).
- 188** Teilweise sehen die Tarife aus der Krankheitskostenversicherung für den Fall der Nichtinanspruchnahme einer grundsätzlich erstattungsfähigen Wahlleistung wie einer gesondert berechenbaren Unterkunft die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes vor. Der VR honoriert den Verzicht auf grundsätzlich im Tarif eingeschlossene Leistungen, weil damit anderweitig Kosten gespart werden.
- 189** Dieser Gedanke setzt das Vorhandensein einer entsprechenden Wahlmöglichkeit auf Seiten des VN voraus. Bietet ein Krankenhaus generell nur einen gehobenen Standard wie Einzelzimmer an, fehlt es an der in der Tarifregelung vorausgesetzten Einsparmöglichkeit. In diesem Fall besteht deshalb kein Anspruch auf Zahlung eines Ersatzkrankenhaustagegeldes (OLG Frankfurt VersR 2004, 368 f.).

### IV. Krankentagegeldversicherung (§ 192 Abs. 5 VVG)

- 190** Vgl. die Kommentierung zu § 1 MB/KT Rn. 1 ff.

### V. Pflegeversicherung (§ 192 Abs. 6 VVG)

- 191** § 192 Abs. 6 VVG nennt die vertragstypischen Leistungen in der Privaten Pflegeversicherung: Ersatz der Aufwendungen für die Pflege der versicherten Person in der Pflegekostenversicherung und Zahlung des Tagegeldes in der Pflegetagegeldversicherung. Die nähere inhaltliche Ausgestaltung überlässt der Gesetzgeber dem VR. Dies kommt auch durch die Formulierung „in vereinbartem Umfang“ zum Ausdruck.
- 192** Etwas anderes gilt für die private Pflegepflichtversicherung. Gemäß § 23 Abs. 1 SGB XI umfasst der Versicherungsschutz hier Leistungen, die nach Art und Umfang denjenigen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Insoweit stellt § 192 Abs. 6 Satz 3 VVG deshalb folgerichtig klar, dass die Regelungen des SGB XI unberührt bleiben.
- 193** Der wesentliche Unterschied zwischen der privaten Pflegepflichtversicherung einerseits und der sozialen Pflegepflichtversicherung andererseits besteht außer den Unterschieden bei der Beitragskalkulation in der unterschiedlichen Art der Leistungsgewährung. Werden in der sozialen Pflegeversicherung vergleichbar mit der GKV in erster Linie Sachleistungen erbracht, erstattet die private Pflegeversicherung entstandene Aufwendungen. Dies hat für den Pflegebedürftigen den Vorteil, dass er selbst entscheiden kann, welche Leistungen er konkret in Anspruch nehmen möchte. Anstelle des Aufwendungsersatzes kann auch die Zahlung eines Pflegegeldes beantragt werden, wenn die Pflege sichergestellt ist.

§ 1 Abs. 1 Satz 2 MB/PV sieht darüber hinaus die Möglichkeit vor, mit der Pflegekostenversicherung unmittelbar zusammenhängende Dienstleistungen zu erbringen. 194

Die vom Gesetzgeber für die Pflegepflichtversicherung vorgegebenen Leistungen entsprechen vom Umfang her denjenigen in der gesetzlichen Pflegeversicherung. In der Praxis werden die anfallenden Kosten insbesondere bei stationärer Pflege nicht gedeckt. Bei vollstationärer Pflege in Pflegestufe III verblieb im Jahre 2013 monatlich im Durchschnitt ein Eigenanteil von ca. 1 700 EUR. 195

Die PKV-VU bieten deshalb unterschiedliche Tarife zur Ergänzung des Grundschutzes in der Pflegeversicherung an. Damit können bestehende Versorgungslücken in den unterschiedlichsten Bereichen geschlossen werden. 196

Die Definition des Versicherungsfalles in der Pflegeversicherung und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe werden in den Musterbedingungen der Privaten Pflegeversicherung festgelegt. Hier ist zu unterscheiden zwischen den Bedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung MB/PPV, der Pflegekrankenversicherung MB/PV und für die ergänzende Pflegekrankenversicherung MP/EPV. Die Bedingungen orientieren sich dabei an den Definitionen in den §§ 14 und 15 SGB XI. 197

Versicherungsfall ist die **Pflegebedürftigkeit** einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 1 Abs. 6 MB/PPV) der Hilfe bedürfen. 198

Bei den Pflegestufen wird zwischen erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I), schwer Pflegebedürftigen (Pflegestufe II) und schwerst Pflegebedürftigen (Pflegestufe III) unterschieden. Wegen der Einzelheiten kann auf die genannten Musterbedingungen und die dortige Kommentierung verwiesen werden. 199

Die Entscheidung über die Zuordnung zu einer Pflegestufe kann in der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 6 Abs. 2 MB/PPV ein von dem VR beauftragter Arzt treffen. In der Regel wird mit der Durchführung der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung, die MEDICPROOF GmbH, beauftragt. Die dortigen Gutachter legen dabei die Richtlinien der gesetzlichen Pflegekassen zugrunde. 200

In der privaten Pflegeergänzungsversicherung orientieren sich die PKV-VU meistens an der Entscheidung des medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenkassen. 201

Der Umfang der Leistungspflicht hängt neben den vertraglichen Vereinbarungen im jeweiligen Tarif maßgeblich von der Zuordnung zu einer Pflegestufe ab. 202

Ergänzend bestimmt § 192 Abs. 6 Satz 2 VVG, dass in der Pflegekostenversicherung ebenso wie in der Krankheitskostenversicherung das in § 192 Abs. 2 VVG genannte Übermaßverbot gilt. Stehen die in Rechnung gestellten Kosten in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der VR insoweit zur Kürzung seiner Leistungen berechtigt. 203

Im Fall der Unterbringung in Pflegeheimen ist das **HeimG** zu beachten. Es verfolgt insbesondere den Zweck, die Würde und die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner vor Beeinträchtigungen zu schützen und deren Selbständigkeit und Selbstverantwortung zu wahren und zu fördern. Gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 5 HeimG soll darüber hinaus eine dem all- 204

### VVG § 192

Teil B. VVG (§§ 192-208, 213)

gemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung sichergestellt werden.

- 205 Die **Beiträge** werden in der privaten Pflegeversicherung generell – anders als in der sozialen Pflegeversicherung – grundsätzlich nach dem Kapital- bzw. Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkuliert.
- 206 Entsprechend den vom Gesetzgeber in den §§ 110 und 111 SGB XI gemachten Vorgaben wird dieser Grundsatz in der **Pflegepflicht**versicherung durch Umlageelemente wie der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern oder gegebenenfalls auch der Beitragskappung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung (bei Ehegatten auf 150 %) ergänzt.
- 207 Dies kann bei den VR zu unterschiedlichen Belastungen führen, was infolge des Kontrahierungszwangs in der Pflegepflichtversicherung von diesen nicht verhindert werden kann. Aus diesem Grund verpflichten sich die Unternehmen in der privaten Krankenversicherung entsprechend der Regelung des § 111 SGB XI in der Pflegepflichtversicherung an einem PKV-internen „**Pflege-Pool**“ teilzunehmen. Dessen Zweck ist neben dem genannten finanziellen Ausgleich nach § 111 Abs. 1 SGB XI auch die Beitragskalkulation gemäß den §§ 23, 110 und 111 SGB XI und die Führung einer Gemeinschaftsstatistik. Zwecks Sicherstellung einer sachgerechten Risikoprüfung und Schadenregulierung sieht der Poolvertrag auch eine PKV-weit tätige Poolrevision vor.
- 208 Mit Wirkung zum 1.7.2008 wurde mit dem **Pflege-Weiterentwicklungsgesetz** vom 28.5.2008 (BGBl. I S. 874 ff.) eine Verbesserung der Leistungen in der Pflegepflichtversicherung beschlossen. Dies gilt gleichermaßen für die soziale und die private Pflegepflichtversicherung.
- 209 Kernpunkte des Gesetzes waren die Stärkung des Grundsatzes „ambulante vor stationär“, eine stufenweise Anhebung der Pflegesätze in den Jahren 2008, 2010 und 2012, die Aufnahme von Leistungen für Demenz-, Alzheimer- und psychisch Erkrankte, die Stärkung der Rehabilitation in der Pflege, die Einführung einer Pflegezeit für Arbeitnehmer, die Gewährung eines Anspruchs auf Pflegebegleitung, der Ausbau der Qualitätssicherung sowie die Zulässigkeit der Vermittlung von privaten Pflege-Zusatzversicherungen durch die sozialen Pflegekassen.
- 210 Pflegebedürftige Personen erhalten darüber hinaus ab dem 1.1.2009 einen Anspruch auf Pflegeberatung. Die Einzelheiten sind u. a. in den §§ 7a, 44a, 92c, 110 Abs. 2 und 112 ff. SGB XI geregelt.
- 211 Die privaten Krankenversicherer können die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI selbst organisieren. Dies geschieht flächendeckend durch die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH. Deren Satzung sieht die gezielte Beratung, Hilfe und Unterstützung von Hilfebedürftigen i. S. d. § 7a SGB XI vor. Umgesetzt wird dies durch individuelle Pflege- und Hilfenkonzepte und die Förderung und Evaluierung von Methoden und Verfahren zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Pflege.
- 212 Der Beratungsbedarf nimmt laufend zu. Im Jahre 2012 wurden seitens der Pflegeberater der COMPASS 72.000 Gespräche geführt (vgl. Rechenschaftsbericht der PKV 2012 S. 91). Dies umfasst auch Beratungsbesuche für Empfänger von Pflegegeld gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI und Beratungen in der häuslichen Umgebung.
- 213 Da der Anspruch auf Pflegeberatung in § 28 Abs. 1a SGB XI gesetzlich verankert ist und sich die Leistungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 192 Abs. 6 VVG nach dem SGB XI bestimmt, werden

die entsprechenden Kosten kalkulatorisch den Leistungsausgaben der PPV zugerechnet.

§ 113 Abs. 1 SGB XI sieht die Verpflichtung vor, neue Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität festzulegen. Im Jahre 2011 wurden diese festgesetzt. Sie sind für alle Pflegeeinrichtungen verbindlich. **214**

Das **Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)** vom 23.10.2012 (BGBl. I S. 2246 ff.) reagiert insbesondere auf den zu erwartenden starken Anstieg pflegebedürftiger Menschen und den noch immer unzureichenden Versicherungsschutz sowie den Umstand, dass immer mehr Pflegebedürftige an auch an Demenz erkranken. **215**

Da die Überlegungen zur Einführung eines völlig neuen Begriffs der Pflegedürftigkeit noch nicht abgeschlossen sind, bestimmt § 123 SGB XI, dass Menschen, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Leistungsvoraussetzungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 45a SGB XI erfüllen, ebenfalls Ansprüche auf Pflegeleistungen haben. Dies gilt ohne Einstufung in eine der bisherigen Pflegestufen. **216**

Mit den §§ 126 ff. SGB XI wurde erstmals die staatliche Förderung einer privaten Pflege-Zusatzversicherung eingeführt. Erfüllt diese die in § 127 SGB XI genannten Voraussetzungen, wird eine monatliche Zulage von 5 EUR gezahlt. Zu den Voraussetzungen zählen insbesondere die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung, der Kontrahierungszwang der Anbieter für Personen mit Anspruch auf Förderung und der Verzicht des VR auf Risikoprüfung, Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und das ordentliche Kündigungsrecht. Die Leistungen müssen in Pflegestufe III mindestens 600 EUR im Monat betragen. Die Wartezeit beträgt fünf Jahre. **217**

Den Antrag auf die Zahlung der Zulage stellt der VR bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Diese hat zu diesem Zweck auf Grundlage der Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung (PflvDV) eine diesbezügliche zentrale Stelle eingerichtet. **218**

Auf Grundlage der in § 127 Abs. 2 Satz 2 SGB XI vorgesehenen Beleihung hat der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. brancheneinheitliche Musterbedingungen entwickelt. Diese sind im Verhältnis zum VN Grundlage der beiderseitigen Rechte und Pflichten. Sie können um unternehmenseigene Tarifbedingungen ergänzt werden, soweit die gesetzlichen Mindestvorgaben beachtet werden. **219**

Bereits in den ersten fünf Monaten nach Einführung der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung wurden über 125 000 Tarife abgeschlossen. Bis zum 30.9.2013 ist der Bestand der versicherten Personen auf 237 200 angestiegen. **220**

Der im Dezember 2013 zwischen CDU, CSU und SPD unterzeichnete Koalitionsvertrag sieht eine weitere Ausweitung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung vor, um den „Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen besser zu entsprechen.“ Damit sind auch für die PPV Änderungen insbesondere im Leistungsrecht zu erwarten. Erste Schritte zur Umsetzung hat der Gesetzgeber mit dem am 1.1.2015 in Kraft getretenen **Ersten Pflegestärkungsgesetz** (BGBl. 2014 I S. 2222) und dem am 31.12.2014 verkündeten Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (BGBl. 2014 I S. 2462) auf den Weg gebracht. Im Vordergrund stehen dabei die Stärkung der häuslichen Pflege einschließlich einer Ausweitung der ambulanten Wohnformen und eine erste Erweiterung der Sach- und **221**

### VVG § 192

Teil B. VVG (§§ 192-208, 213)

Geldleistungen. In einem zweiten Schritt soll nach einer vorherigen Erprobungsphase ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden. Statt der bisherigen drei Pflegestufen soll es dann fünf Pflegegrade geben. Mit diesen soll das Maß der noch möglichen Selbständigkeit möglichst individuell ermittelt werden.

- 222 Wegen der Einzelheiten zur Privaten Pflegepflichtversicherung kann auf die Kommentierung von *Weber* in Teil H verwiesen werden.

### VI. Gesamtschuldnerische Haftung im Basistarif

- 223 § 192 Abs. 7 VVG beinhaltet eine Sonderregelung für den mit dem GKV-WSG in der PKV neu eingeführten Basistarif.
- 224 Alle privaten Krankenversicherer, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, müssen seit dem 1.1.2009 gemäß § 12 Abs. 1a VAG und § 193 Abs. 5 VVG 2009 neben den bestehenden Tarifen einen Basistarif anbieten. Wegen der Einzelheiten kann auf die Kommentierung zu § 193 Abs. 5 VVG verwiesen werden.
- 225 Die **Leistungen** des Basistarifs müssen gemäß § 12 Abs. 1a VAG in Art, Umfang und Höhe denen der GKV vergleichbar sein. Infolgedessen sind die Leistungserbringer ihrerseits verpflichtet, privat Versicherte im Basistarif ambulant zu denselben Konditionen zu behandeln wie Versicherte in der GKV. Da die Abrechnung jedoch auf GOÄ-Basis erfolgt, hat der Gesetzgeber die Vergütung für die ärztlichen Leistungen in § 75 Abs. 3a SGB V abhängig von der Leistungsart auf den 1,16–1,8fachen Satz der GOÄ festgelegt. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. hat gemäß § 75 Abs. 3b Satz 2 SGB V die Möglichkeit, die Vergütung in Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften in Verträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ganz oder teilweise abweichend zu regeln.
- 226 Um die ambulante Versorgung der im Basistarif versicherten Personen sicherzustellen, obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gemäß § 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V die Aufgabe, deren ärztliche Versorgung zu gewährleisten (vgl. hierzu im Einzelnen *Axer MedR* 2008, 482 ff.).
- 227 Gegenüber dem Arzt weist sich der im Basistarif Versicherte durch Vorlage des ihm vom VR ausgehändigten Ausweises über den Umfang des Versicherungsschutzes aus. Händigt der VR der bei ihm versicherten Person statt des Ausweises eine elektronische Gesundheitskarte aus, ist deren Vorlage beim Leistungserbringer zwingend.
- 228 Eine entsprechende Verpflichtung der versicherten Person sieht § 9 Abs. 5 der verbandseinheitlichen Musterbedingungen für den Basistarif (MB/BT) vor. Wird diese Obliegenheit verletzt, kann der VR gemäß § 10 Abs. 2 MB/BT von der Erstattungsleistung einen Verwaltungs-kostenabschlag erheben.
- 229 Zum Ausgleich der Pflicht des Leistungserbringers, Versicherte des Basistarifs zu vergleichbaren Konditionen wie Versicherte in der GKV zu behandeln, sieht § 192 Abs. 7 VVG einen Direktanspruch des Leistungserbringers gegenüber dem privaten Krankenversicherer vor. VR und VN haften ihm gegenüber als Gesamtschuldner.

Nach den allgemeinen Regeln zur gesamtschuldnerischen Haftung kann der Gläubiger, hier also der behandelnde Arzt, seine Vergütung gemäß § 421 BGB wahlweise ganz oder teilweise vom VR oder von dem nach dem Basis-tarif versicherten Patienten verlangen. **230**

Die Erfüllung der Forderung durch einen der Gesamtschuldner wirkt gemäß § 422 Abs. 1 BGB zugleich für den jeweils anderen Schuldner. **231**

In der Praxis sind Fälle denkbar, in denen zunächst der VN auf Basis des Versicherungsvertrages die Erstattung der Kosten gemäß der Liquidation des Leistungserbringers verlangt und anschließend der Arzt sich mit demselben Begehren nochmals an den VR wendet. Er wird dies dann tun, wenn der Patient seine Rechnung – aus welchem Grund auch immer – nicht bezahlt. **232**

Zur Vermeidung einer doppelten Erbringung der Versicherungsleistungen bestimmt § 6 Abs. 3 MB/BT, dass der VR berechtigt ist, unmittelbar an den Rechnungssteller zu leisten, wenn dieser ihm die Originalrechnung, welche bestimmte im Basisarif genannte Kriterien erfüllen muss, übersendet. Der vertragliche Anspruch des VN auf Erstattung derselben Kosten gilt in diesem Fall gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 MB/BT als erfüllt. **233**

Reicht zunächst der VN die Rechnung beim VR ein, ohne den Nachweis der Zahlung an den Leistungserbringer beizufügen, ist der VR gemäß § 6 Abs. 4 MB/BT berechtigt, mit befreiender Wirkung an den Leistungserbringer zu zahlen. **234**

Der Höhe nach ist die Erstattungspflicht des VR auch gegenüber dem Leistungserbringer gemäß § 192 Abs. 7 Satz 1 letzter Hs. VVG auf den Betrag begrenzt, den der VR im Verhältnis zu seinem Versicherten aus dem konkreten Versicherungsverhältnis erbringen muss. Der Anspruch des Leistungserbringers gegen den VR ist nicht umfassender als der Anspruch des Versicherten gegen den VR. Der VR kann Einwände aus dem Versicherungsverhältnis gegenüber dem abrechnenden Behandler geltend machen (OLG Köln ZfS 2014, 284). **235**

Von Bedeutung ist dies u. a. bei einem vereinbarten Selbstbehalt, einer Obliegenheitsverletzung seitens der versicherten Person oder im Fall des Ruhens von Leistungen wegen Zahlungsverzug. **236**

Im Übrigen setzt auch die Erstattungspflicht aus dem Basisarif das Bestehen einer rechtswirksamen Honorarforderung voraus. Anderenfalls fehlt es bereits an einer entstandenen „Aufwendung“ i. S. d. § 1 Abs. 1 MB/BT. **237**

### VII. Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes

Mit dem Gesetz zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften vom 24.4.2013 (BGBl. I S. 932) hat der Gesetzgeber erstmals auch eine gesetzliche Auskunftspflicht des Krankenversicherers über den Umfang des Versicherungsschutzes für eine beabsichtigte Heilbehandlung eingeführt. **238**

Insbesondere dann, wenn eine Heilbehandlung erforderlich wird, die höhere Kosten verursachen kann, kann der VN ein Interesse daran haben, vorab zu klären, ob bzw. inwieweit diese durch den VR voraussichtlich getragen werden. Enorme finanzielle Belastungen können zusätzliche gesundheitliche Belastungen zur Folge haben. Bei geringeren Kosten besteht dieses Risiko nicht. **239**

Sowohl deshalb als auch in Hinblick auf die mit der Auskunftserteilung zu Lasten der Versichertengemeinschaft höheren Verwaltungskosten hat der Ge- **240**

VVG § 192

Teil B. VVG (§§ 192-208, 213)

setzgeber den Auskunftsanspruch gemäß § 192 Abs. 8 Satz 1 VVG auf Beträge über 2000 EUR begrenzt. Da es auf die „voraussichtlichen“ Kosten ankommt, die dem VN in Rechnung gestellt werden, greift die Grenze von 2000 EUR auch dann, wenn die Kosten möglicherweise zu Unrecht zu hoch berechnet werden. Erkennt der VR, dass die Honorarforderung zu hoch sein wird, kann er dies bei seiner Antwort zum Ausdruck bringen.

- 241 Sowohl nach dem Wortlaut als auch nach dem genannten Zweck der Norm sind für die Ermittlung der Grenze von 2000 EUR die beim VN voraussichtlich anfallenden **Behandlungskosten** maßgeblich, nicht die Höhe der zu erwartenden Versicherungsleistung. Gerade bei Beihilfeberechtigten muss die Auskunft deshalb häufig schon erteilt werden, wenn an Versicherungsleistungen nur 1000 EUR zu erwarten sind.
- 242 Ob die Grenze von 2000 EUR überhaupt erreicht wird, muss der VN als Anspruchssteller darlegen. Nach der Gesetzesbegründung (BT-Drucks. 17/11469 zu § 192 VVG) hat er dies „durch geeigneten Vortrag plausibel“ zu machen.
- 243 Der Anspruch ist auf Auskunft, nicht auf Erteilung einer Zusage gerichtet (so ausdrücklich auch die Begründung zu § 192 Abs. 8 VVG, BT-Drucks. 17/11469). Der VR muss innerhalb der Frist von vier Wochen antworten und seine Antwort begründen. Die Antwort kann auch ablehnend sein.
- 244 Ist die Durchführung der Heilbehandlung **dringlich**, muss der VR unverzüglich, spätestens aber innerhalb von zwei Wochen antworten. Der Arzt wird in diesen Fällen die Behandlung ohnehin auch vornehmen, wenn die Frage der Kostenübernahme noch nicht final geklärt ist. Die Pflichten aus dem Behandlungsvertrag bestehen unabhängig von dem Auskunftsanspruch im Verhältnis VN zu VR. Nach der für das gesamte Privatrecht geltenden Legaldefinition in § 121 Abs. 1 BGB bedeutet „unverzüglich“ ein Handeln ohne schuldhaftes Zögern. Die Antwort muss zwar nicht sofort, aber innerhalb einer nach den Umständen des Einzelfalles zu bemessenden Prüfungspflicht erklärt werden.
- 245 Ob die beabsichtigte Heilbehandlung dringlich ist, ist nach objektiven Kriterien zu entscheiden (so ausdrücklich die Gesetzesbegründung, BT-Drucks. 17/11469). Hier sind dieselben Grundsätze heranzuziehen wie bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme selbst (vgl. hierzu nur BGH VersR 1989, 271 ff. oder OLG Köln VersR 2004, 631 ff.). Die Leistungspflicht bestimmt sich nicht danach, ob diese aus Sicht des Patienten oder des Behandlers nützlich, wünschenswert, sinnvoll oder besonders eilbedürftig erscheint. Erfasst werden damit insbesondere anstehende Operationen, deren Verzögerung nachteilige gesundheitliche Folgen haben kann oder erhebliche akute Beschwerden, die nach gesicherten medizinischen Erkenntnissen einer sofortigen Behandlung bedürfen. In anderen Fällen liegt eine gründlicher Prüfung des Umfangs der Leistungspflicht durch den VR auch im Interesse des VN, da nur so nachträgliche Streitigkeiten vermieden werden.
- 246 Reichen die Unterlagen nicht aus, um den voraussichtlichen Umfang der Leistungspflicht zu prüfen, kann eine abschließende Prüfung der Anfrage zunächst nicht erfolgen. Der VR muss dennoch innerhalb der genannten Fristen antworten. Er darf und muss den VN in diesem Fall auf das noch offene Prüfergebnis hinweisen und um weitere Unterlagen bitten. Fällig wird der Leistungsanspruch gemäß § 14 VVG auch weiterhin erst mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungen notwendigen Erhebungen.