

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 21.05.2015 abschließend beraten und beschlossen:

Das Petitionsverfahren abzuschließen, weil dem Anliegen nicht entsprochen werden konnte.

Begründung

Mit der Petition wird gefordert, dass verordnete Hilfsmittel in der privaten Krankenversicherung erstattet werden.

Zur Begründung wird ausgeführt, dass verordnete medizinische Hilfsmittel von der privaten Krankenversicherung (PKV) gar nicht oder nur aus Kulanz erstattet würden, während sie nach dem Heil- und Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geleistet würden.

Zu den Einzelheiten des Vortrags des Petenten wird auf die von ihm eingereichten Unterlagen verwiesen.

Die Eingabe war als öffentliche Petition auf der Internetseite des Deutschen Bundestages eingestellt. Es gingen 103 Mitzeichnungen sowie 52 Diskussionsbeiträge ein.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich auf der Grundlage von Stellungnahmen der Bundesregierung sowie der zuständigen Aufsichtsbehörde wie folgt dar:

In der GKV erfolgt die Kostenübernahme für Hilfsmittel grundsätzlich dann, wenn die Produkte im sogenannten Hilfsmittelverzeichnis aufgelistet sind. Das Hilfsmittelverzeichnis ist rechtlich nicht bindend, entfaltet im Markt indes eine Steuerungswirkung. Das Verzeichnis wird vom GKV-Spitzenverband erstellt und kontinuierlich fortgeschrieben.

Demgegenüber bestimmt sich die Erstattung von Hilfsmitteln im Rahmen der PKV danach, welche Vereinbarungen in dem jeweiligen Versicherungsvertrag, d.h. den einschlägigen Tarifbedingungen, getroffen wurden. Dabei wird die Erstattung in

sogenannten Hilfsmittelkatalogen ähnlich den Hilfsmittelverzeichnissen der GKV geregelt.

Üblicherweise sehen private Krankheitskostenversicherungen vor, dass der Versicherer nur die Aufwendungen für im Vertrag abschließend aufgelistete Hilfsmittel zu 100% übernimmt. Für die Beurteilung dieser Regelung ist zu berücksichtigen, dass in privaten Krankenversicherungsverträgen in der Regel zwischen verschiedenen Leistungen unterschieden wird:

- Den Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen,
- sonstigen vereinbarten Leistungen.

Zu den sonstigen vereinbarten Leistungen gehört die Erstattung von Hilfs- und Heilmitteln. Für Hilfs- und Heilmittel - die nicht abstrakt, sondern im Wege der Aufzählungen definiert werden - ist eine Kostenerstattung nach entsprechender Verordnung vorgesehen.

Die Versicherungsunternehmen sagen nur für bestimmte abschließend aufgezählte Hilfsmittel die Erstattung zu, um auf diese Weise eine sonst nicht mehr überschaubare und steuerbare Ausuferung des Hilfsmittlersatzes zu verhindern. Bei einer nicht abschließenden Aufzählung liefe das für diesen Leistungsbereich des Hilfsmittlersatzes typischerweise gewählte Kostensteuerungskonzept weitgehend leer. Der Versicherer hätte für jedwede - einschließlich derzeit nicht einmal auf dem Markt befindliche oder entwickelte - Hilfsmittel Ersatz ohne jegliche Kostenbegrenzung zu erbringen. Das will er - für den Versicherungsnehmer erkennbar - gerade ausschließen, um so eine auch im Interesse des einzelnen Versicherungsnehmers liegende verlässliche, annehmbare moderate Prämienkalkulation zu ermöglichen, die sonst nicht mehr zu erreichen wäre. Der Bundesgerichtshof hat die Rechtmäßigkeit dieser Regelung mehrfach bestätigt (z. B. Urteil vom 19. Mai 2004, IV ZR 29/03, VersR 2004, S. 1035).

Die Regelung benachteiligt die privat Versicherten nicht unangemessen. Mit dem Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages bezweckt der Versicherungsnehmer - soweit es die Krankheitskosten betrifft - eine Abdeckung seines Kostenrisikos, das ihm durch die notwendige Behandlung von Krankheiten entsteht. Dieses Risiko, das den Bereich der Heilbehandlung im weiteren Sinne betrifft, wird durch die private Krankenvollversicherung vollständig abgedeckt. Die

Einschränkung betrifft nicht die ärztlichen Leistungen, sondern die sonstigen Leistungen.

Soweit die privaten Versicherer aufgrund dieser vertraglichen Regelungen Aufwendungen für Hilfsmittel nicht erstatten, die eine gesetzliche Krankenkasse zur Verfügung stellt, besteht seit 1. Januar 2009 die Möglichkeit, in den Basistarif seines Versicherungsunternehmens zu wechseln. Für den Basistarif ist gesetzlich vorgeschrieben, dass seine Leistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Dies schließt Hilfsmittel ein (§ 33 SGB V).

Hinsichtlich des Vorschlags des Petenten, auch für den Bereich der PKV einen einheitlichen Hilfsmittelkatalog einzuführen, wies die zuständige Aufsichtsbehörde darauf hin, dass dies dem in der PKV vorherrschenden zentralen Prinzip der Tarifgestaltungsfreiheit der Versicherer zuwider läuft. Die privaten Krankenversicherer können - von wenigen Ausnahmen, wie etwa dem o.g. Basistarif, abgesehen - selbst den Leistungsumfang ihrer Tarife bestimmen. Die Einführung eines für alle privaten Krankenversicherer bindenden Hilfsmittelkatalogs hätte zusätzlich zur Einschränkung der Gestaltungsfreiheit insbesondere zur Folge, dass die Versicherer ihre Prämienkalkulation (nach oben) korrigieren müssten. Beitragssteigerungen wären nach Aussage der Aufsichtsbehörde unvermeidlich.

Vor dem Hintergrund des Dargelegten vermag der Petitionsausschuss ein weiteres Tätigwerden nicht in Aussicht zu stellen und empfiehlt daher, das Petitionsverfahren abzuschließen.