Versicherungsrecht

Kerst / Jäckel

2. Auflage 2020
ISBN 978-3-406-68643-6
C.H.BECK

schnell und portofrei erhältlich bei
beck-shop.de

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de steht für Kompetenz aus Tradition. Sie gründet auf über 250 Jahre juristische Fachbuch-Erfahrung durch die Verlage C.H.BECK und Franz Vahlen.
beck-shop.de hält Fachinformationen in allen gängigen Medienformaten bereit: über 12 Millionen Bücher, eBooks, Loseblattwerke, Zeitschriften, DVDs, Online-Datenbanken und Seminare. Besonders geschätzt wird beck-shop.de für sein umfassendes Spezialsortiment im Bereich Recht, Steuern und Wirtschaft mit rund 700.000 lieferbaren Fachbuchtiteln.

Kapitel 6. Grundzüge der Privaten Krankenversicherung

Die Krankenversicherung ist für jeden Menschen elementar. In Deutschland besteht diesbezüglich ein **duales Krankversicherungssystem**. Die gesetzliche Krankenversicherung gehört zum Sozialversicherungsrecht (SGB V), während die private Krankenversicherung dem Privatversicherungsrecht zuzuordnen ist. Bei der privaten Krankenversicherung unterscheidet man zwischen „substitutiver" und „nicht substitutiver" Versicherung. Die substitutive Krankenversicherung ersetzt ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- und Pflegeversicherungsschutz (§ 195 I VVG). Sie bietet Schutz gegen die gleichen Risiken wie die gesetzliche Krankenversicherung. **171**

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

A. Besonderheiten der Privaten Krankenversicherung

Zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung bestehen insbesondere hinsichtlich der Finanzierung und Ausgestaltung des Versicherungsschutzes konstitutive Systemunterschiede. Man spricht auch von unterschiedlichen Strukturprinzipien. **172**

I. Kennzeichen der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist vom **Solidarprinzip** geprägt. Alle in der GKV Versicherten haben solidarisch füreinander einzustehen. Ziel ist es, einen finanziellen Ausgleich zwischen sozial schwächeren und sozial stärkeren Mitgliedern zu schaffen. Jeder Versicherte hat einen Anspruch auf medizinische Versorgung und erhält im Krankheitsfall die notwendigen Gesundheitsleistungen aus einem für alle identischen Leistungskatalog. Eine Differenzierung des Leistungsangebots abhängig von der Beitragshöhe erfolgt nicht. An den Gesundheitskosten ist der Versicherte nicht mit einem an seinem persönlichen Gesundheitsrisiko ausgerichteten Beitrag beteiligt, sondern seinem wirtschaftlichen Leistungsvermögen entsprechend. Die Höhe des Beitrages richtet sich deshalb nach dem Einkommen. Die gesetzliche Krankenversicherung ist umlagefinanziert, d.h. dass die **173**

Ausgaben eines Jahres mit den Beitragseinnahmen desselben Jahres finanziert werden.

II. Kennzeichen der privaten Krankenversicherung

174 Die private Krankenversicherung (PKV) ist eine Individualversicherung. Sie wird von dem Grundsatz der Eigenvorsorge auf der Basis des **Äquivalenzprinzips** beherrscht.[260] Zwischen der Höhe der zu zahlenden Beiträge, dem individuellen Gesundheitsrisiko und dem versicherten Leistungsumfang besteht eine direkte Abhängigkeit. Je mehr Leistungen versichert werden, desto höher ist der Beitrag. Das Äquivalenzprinzip soll garantieren, dass Gruppen mit gleichen Risiken dieselben Beiträge zahlen, die dann auch ausreichen, um die in diesen Gruppen anfallenden Versicherungsleistungen zu erbringen. Wer ein größeres Risiko darstellt und deshalb voraussichtlich mehr Leistungen in Anspruch nehmen wird, muss folglich auch höhere Beiträge zahlen. Die private Krankenversicherung trifft durch Bildung von **Alterungsrückstellungen** Vorsorge für die mit dem Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Der Beitrag wird über die gesamte Versicherungsdauer so kalkuliert, dass er in jungen Jahren des Versicherten oberhalb der tatsächlich in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen und in späteren Jahren unterhalb dieser Leistungen liegt (Mischkalkulation). Im Gegensatz zum Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Versicherung gilt bei der privaten Krankenversicherung das **Kostenerstattungsprinzip**. Danach ist der Patient selbst Vertragspartner des Arztes oder eines weiteren Leistungsträgers (z.B. Krankenhaus). Er tritt prinzipiell in Vorleistung und bekommt die Kosten von seinem Versicherer nach Einreichung der Rechnungen erstattet. Der Versicherer ist also nachleistungspflichtig.

174a In Deutschland besteht seit 2009 eine **allgemeine Krankenversicherungspflicht**. Wer seinen Wohnsitz im Inland hat, nicht in der GKV versichert oder versicherungspflichtig ist bzw. keine Sozialhilfe bezieht, muss sich und seine minderjährigen Kinder – soweit kein Beihilfeanspruch beseht – privat krankenversichern (§ 193 III VVG). Insofern unterliegen die Versicherer einem Kontrahierungszwang bezogen auf den Basistarif (§ 193 V VVG). Die Kündigung eines solchen Vertrages seitens des Versicherers ist grundsätzlich ausgeschlossen (§ 206 I 1 VVG). Die Versicherungspflicht umfasst auch eine private Pflegekostenversicherung (§ 23 SGB XI).

---

[260] Vgl. allgemein zum Begriff der Krankenversicherung Hk-VVG/*Rogler*, § 192 Rn. 2 ff.

beck-shop.de DIE FACHBUCHHANDLUNG

Strukturunterschiede GKV – PKV:

Gesetzliche Krankenversicherung: Gesetzliche Vorgabe eines Leistungskataloges, Möglichkeit der nachträglichen Begrenzung des Leistungskatalogs, einkommensbezogener Beitrag nach dem Umlageverfahren, Pflichtversicherung, Sachleistungsprinzip (i.d.R.), Inanspruchnahme von Vertragsärzten.

Private Krankenversicherung: Vertragliche Vereinbarung des Leistungsumfangs, freie Wahl des Behandlers, wagnisgerechter Beitrag nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren, demografieabhängige Beitragserhöhung wegen des Älterwerdens des VN ausgeschlossen, Beitragsrückerstattung, Kostenerstattungsprinzip, Europageltung.

Übersicht 23: *Unterschiede GKV – PKV*

III. Versicherungsvertragliche Besonderheiten

175 Aufgrund der herausragenden Bedeutung der privaten Krankenversicherung enthält das VVG in den **§§ 192 ff. Sonderregelungen**. So kommt eine Leistungsfreiheit des Versicherers bei Herbeiführung des Versicherungsfalles (der Krankheit bzw. des Unfalles) in der Krankenversicherung abweichend von § 81 VVG nur bei Vorsatz in Betracht (§ 201 VVG). § 38 I VVG ist mit der Einschränkung anwendbar, dass die zu setzende Frist des Versicherers im Falle des Zahlungsrückstandes bei der Folgeprämie zwei Monate betragen muss (§ 194 II VVG). Die Regelungen über die Gefahrerhöhung (§§ 23–27 VVG) sind gemäß § 194 I 2 VVG überhaupt nicht anwendbar. Die Vorschriften über die vorvertragliche Anzeigepflicht sind grundsätzlich anwendbar, mit Ausnahme der Kündigungsmöglichkeit nach § 19 III 2 VVG und des Ausschluss des Rücktrittes bei möglicher Vertragsanpassung (§ 19 IV VVG).

Lernhinweis: Allgemein gilt, dass in Krankenversicherungsfällen die §§ 192 ff. VVG – und hier insbesondere **§ 194 VVG** – bei der Falllösung genau zu lesen sind. Bestimmte Vorschriften wie §§ 195, 206 VVG gelten nur für die „substitutive Krankenversicherung“.

IV. Vertragstypische Leistungen

176 Die private Krankenversicherung kann gemäß § 194 I VVG als Schadens- und/oder Summenversicherung ausgestaltet sein. In der **Krankheitskostenversicherung**, wie sie in der Praxis in Deutschland

beck-shop.de DIE FACHBUCHHANDLUNG

ausgestaltet ist, gilt das Prinzip der konkreten Bedarfsdeckung. Gemäß § 1 I lit. a der Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskostenversicherung (**MB/KK 2009**) gewährt der Versicherer im Versicherungsfall den Ersatz von „Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen". Die Krankheitskostenversicherung ist demnach eine Schadensversicherung. Bei der **Krankenhaustagegeldversicherung** hat der Versicherer eine im Voraus fixierte Geldleistung zu erbringen, die den beim Krankenhausaufenthalt abstrakt anfallenden Mehrbedarf ausgleichen soll, § 1 I lit. b MB/KK 2009. Die Versicherungsleistung in der **Krankentagegeldversicherung** deckt nach § 1 I der Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung (**MB/KT 2009**) einen Verdienstausfall durch Arbeitsunfähigkeit und ist hinsichtlich der Tagesgeldhöhe primär am Einkommen des Versicherungsnehmers ausgerichtet. Beide sind als **Summenversicherung** ausgestaltet, die einen voraussichtlichen (abstrakten) Mehrbedarf ausgleichen soll. Der Versicherungsnehmer erhält die versicherten Leistungen deshalb auch, wenn tatsächlich kein Mehrbedarf entstanden ist.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

B. Anspruchsvoraussetzungen (Krankheitskostenversicherung)

177 Der Versicherungsnehmer kann einen Erstattungsanspruch in der Krankenversicherung nach **§ 1 VVG in Verbindung mit § 1 MB/KK** geltend machen, wenn die folgenden Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

I. Materieller Deckungsschutz

178 Der Zeitraum, für welchen der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherer bei Eintritt von Versicherungsfällen zu leisten hat, ist in § 2 MB/KK 2009 bestimmt. Der Versicherungsschutz beginnt danach mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitraum, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder schriftliche Annahmeerklärung) und nach Ablauf von **Wartezeiten** (vgl. auch § 197 VVG). Aufgrund der Wartezeiten fallen formelle Versicherungsdauer (Vertragsschluss) und Beginn des materiellen Deckungsschutzes regelmäßig auseinander.[261] Die Wartezeiten dienen dem Versicherer als Risikobegrenzung, damit bspw. nicht die aktuelle Erkrankung des Versi-

[261] Hk-VVG/*Rogler*, § 197 Rn. 8.

cherungsnehmers der Grund des Vertragsschlusses ist.[262] Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate (§ 3 II MB/KK 2009). Neben der allgemeinen Wartezeit besteht für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Kieferorthopädie eine besondere Wartezeit von 8 Monaten (§ 3 III MB/KK 2009). Bei Krankenversicherungen im Basistarif gibt es keine Wartezeiten (§ 3 MB/BT 2009[263]). Für den Beginn des materiellen Deckungsschutzes (Haftungsbeginn des Versicherers) stellt § 2 I MB/KK 2009 nicht auf die Zahlung der Erstprämie ab (§ 37 VVG), so dass das Einlösungsprinzip hier als abbedungen anzusehen ist. Unabhängig von der Zahlung der Erstprämie kann somit Versicherungsschutz bestehen.

II. Eintritt des Versicherungsfalles

179 Versicherungsfall in der Krankheitskostenversicherung ist nach § 1 I MB/KK 2009 die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit und Unfallfolgen (vgl. auch § 192 I VVG). Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung und endet, wenn nach medizinischem Befund eine Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Im Einzelnen:

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

1. Krankheit und Unfall

180 Versicherungsschutz besteht für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Krankheit ist ein objektiver, nach ärztlichem Urteil bestehender anormaler Körper- oder Geisteszustand, der eine nicht ganz unerhebliche Störung körperlicher oder geistiger Funktionen mit sich bringt. Ob der Versicherungsnehmer sich selbst krank oder gesund fühlt, ist unerheblich. Es gilt somit der **objektive Krankheitsbegriff**, d.h. es kommt auf das Vorhandensein einer Krankheit im Sprachgebrauch des täglichen Lebens an, wie er sich auf der Grundlage allgemein bekannt werdender Erkenntnisse der Medizin gebildet hat.[264] Obwohl es sich dabei nicht um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung handelt, sind nach § 1 II MB/KK 2009 mitversichert: Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung, ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) und der Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

---

[262] BGH NJW 1978, 1197.
[263] Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif.
[264] Prölss/Martin/*Voit*, § 192 Rn. 21; Hk-VVG/*Rogler*, § 1 MB/KK 2009 Rn. 7.

2. Medizinisch notwendige Heilbehandlung

181 Eine Leistungspflicht besteht nur für medizinisch notwendige Heilbehandlungen. Dabei handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, den die Rechtsprechung ausgefüllt hat. Unter **Heilbehandlung** versteht die Rechtsprechung des BGH jede ärztliche Tätigkeit, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt und auf Heilung, Besserung oder auch Linderung der Krankheit abzielt.[265] Die Heilbehandlung beginnt mit der ersten ärztlichen Maßnahme, die auf die Erkennung des Leidens abzielt. Zur Heilbehandlung zählt also auch die Diagnostik. Bei schweren lebensbedrohlichen Erkrankungen oder solchen, für die eine wissenschaftlich anerkannte Methode mit Aussicht auf Heilung oder Linderung nicht besteht, genügt jede Behandlungsmethode, die eine vorübergehende Hemmung der Verschlimmerung der Krankheitsfolgen verspricht.[266] Keine Heilbehandlung sind somit Schönheitsoperationen. Eine Behandlungsmaßnahme ist **medizinisch notwendig**, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen.[267] Die Beurteilung erfolgt somit nach **objektiven Kriterien**.

Fall – Erstattungsfähigkeit von Batteriekosten:[268] A hat beim Krankenversicherer X eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, der die MB/KK 1994 und entsprechende Tarifbedingungen zugrunde liegen. Die Tarifbedingungen enthalten eine Leistungszusage für Herzschrittmacher, nicht jedoch allgemein für Geräteenergiekosten. Für sein Hörgerät (sog. Cochlea Implantat) verlangt A von X die Batteriekosten ersetzt, da zumindest die Leistungszusage für Herzschrittmacher analog anzuwenden sei. Zu Recht?

§ 1 I MB/KK 1994 lautet: Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen, b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

[265] BGH VersR 1996, 1224; vgl. ferner MAH-VersR/*Schubach*, § 23 Rn. 141 ff.
[266] Vgl. zur unheilbaren Krankheit Hk-VVG/*Rogler*, § 1 MB/KK 2009 Rn. 16.
[267] BGH VersR 1996, 1224.
[268] Nach BGH VersR 2009, 1106.

beck-shop.de DIE FACHBUCHHANDLUNG

A kann keinen Anspruch aus dem Versicherungsvertrag i.V.m. § 1 MB/KK 94 geltend machen. Bevor man zu einer Klauselprüfung nach den §§ 307 ff. BGB kommt, ist die Klausel auszulegen. Auslegungsmaßstab ist das Verständnis eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers. Der beanspruchte Versicherungsschutz richtet sich nach dem geschlossenen Versicherungsvertrag, den zugrunde gelegten Versicherungsbedingungen, den diese ergänzenden Tarifbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Danach sind Batteriekosten keine erstattungsfähigen Behandlungskosten nach § 1 I 2 lit. a MB/KK 1994 („Heilbehandlung"), da hierunter nur ärztliche Behandlungsmaßnahmen zum Zwecke der Heilung, Besserung oder auch nur Linderung eines Leidens bzw. Leistungen, die in direktem Zusammenhang mit ärztlichem Handeln stehen, zu verstehen sind. A geht es jedoch um die Kosten für die Energieversorgung eines technischen Gerätes, um dessen Betriebsbereitschaft sicherzustellen. Dass die Tarifbedingungen eine Leistungszusage für Herzschrittmacher enthalten, ist für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbar eine Sonderregelung, so dass sich die Annahme eines allgemeinen Leistungsversprechens zur Übernahme von Energiekosten für Geräteeinsätze nicht feststellen lässt. Die Kosten lassen sich auch nicht auf die Überlegung stützen, dass das Cochlea Implantat das Hörvermögen wiederherstelle. Vielmehr handelt es sich bei dem Implantat um ein Hilfsmittel, da es den körperlichen Defekt der Gehörlosigkeit über längere Zeit nur auszugleichen sucht und damit unmittelbar eine Ersatzfunktion für ein krankes Organ wahrnehmen soll, ohne dessen Funktionsfähigkeit wiederherzustellen. Für ein Hilfsmittel sind in den abschließenden Tarifbedingungen die Energiekosten nicht aufgeführt. Sie können auch nicht als erstattungsfähige Reparaturkosten verstanden werden. Die vertraglich nicht vorgesehene Erstattungsfähigkeit der Batteriekosten gefährdet schließlich im Hinblick auf § 307 II Nr. 2 BGB nicht den Vertragszweck, da der Versicherungsvertrag durch diese Einschränkung nicht zwecklos wird. Eine analogieähnliche Auslegung (hier: Cochlea Implantat als Herzschrittmacher) scheidet als zulässiges Mittel aus, da es sich bei den MB/KK um Allgemeine Versicherungsbedingungen und nicht um eine gesetzliche Norm handelt.

3. Zusätzliche Dienstleistungen

181a Durch entsprechende vertragliche Vereinbarung können weitere Dienstleistungen des **Gesundheitsmanagements** in die Krankheitskos-

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

tenversicherung einbezogen werden (§ 192 III VVG). Sie müssen mit vertragstypischen Leistungen des Krankenversicherers in unmittelbarem Zusammenhang stehen, wobei das Gesetz beispielhaft einige sinnvolle und zulässige Maßnahmen aufzählt.

III. Wirksamer und fälliger Vergütungsanspruch gegen den Versicherungsnehmer

182 Der Leistungsanspruch gegenüber dem Versicherer setzt immer einen wirksamen und fälligen Vergütungsanspruch des medizinischen Leistungserbringers (z.B. des Arztes) gegen den versicherten Patienten voraus. Daran fehlt es, wenn die **Abrechnung** (Liquidation) unvereinbar mit gebührenrechtlichen Bestimmungen wie beispielsweise der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist.[269] Die Fälligkeit der ärztlichen Vergütung setzt außerdem eine formell ordnungsgemäße Abrechnung voraus (§ 12 GOÄ). Da Aufwendungen durch das Eingehen von Verbindlichkeiten entstehen, fehlt es hieran auch, wenn Gläubiger und Rechnungsadressat identisch sind. Im Fall der Selbstbehandlung des privat versicherten Arztes besteht deshalb keine Erstattungspflicht.[270] Der Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient stellt einen Dienstvertrag dar, der in den §§ 630a ff. BGB gesondert geregelt ist.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

IV. Leistungsausschluss bzw. -kürzung

1. Allgemeines

183 In **§ 5 I MB/KK 2009** sind die Fallkonstellationen geregelt, in denen der Versicherungsschutz ausgeschlossen ist (z.B. Krankheiten durch Kriegsereignisse). Es handelt sich um **Risikoausschlüsse**, die entsprechend der hierfür bestehenden Beweislastverteilung der Versicherer zu beweisen hat. Hierunter fällt nach § 5 I lit. b MB/KK 2009 auch die vorsätzliche Herbeiführung der Krankheit und des Unfalls (vgl. auch § 201 VVG). Wichtigster Fall der Leistungskürzung bei der Krankenversicherung ist die Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten gemäß § 19 VVG. Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind die Obliegenheiten des § 9 MB/KK 2009 zu beachten.

---

[269] MüKo-VVG/*Kalis*, § 192 Rn. 19.
[270] OLG Köln BeckRS 2014, 10828.

2. Übermaßbehandlung, Übermaßvergütung[271]

184 Gemäß § 5 II MB/KK 2009 ist der Versicherer berechtigt, bei sog. **Übermaßbehandlungen** seine Leistungspflicht auf einen angemessenen Betrag herabzusetzen. Ein wirtschaftliches Übermaß ist damit nicht gemeint. Es geht vielmehr darum, dass einzelne Behandlungsschritte und -teile oder zum Einsatz gebrachte Hilfsmittel das medizinisch notwendige Maß übersteigen.[272]

Ausgangspunkt einer *anderen* Fallkonstellation, der sog. **Übermaßvergütung,** ist § 192 II VVG, wonach der Krankenversicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen **in einem auffälligen Missverhältnis** zu den erbrachten Leistungen stehen. Dazu ist keinesfalls ausreichend, dass der Versicherer eine kostengünstigere Behandlungsmethode aufzeigt. Bei der Auslegung des Begriffes „auffälliges Missverhältnis" wird man sich an der Rechtsprechung zu § 138 BGB orientieren können, wobei es auf eine subjektive Vorwerfbarkeit des Leistungserbringers nicht ankommt.[273]

Als dritte Fallkonstellation sei hier die sog. „Luxusbehandlung" erwähnt, bei der unter medizinisch gleichwertigen Behandlungsmethoden die teuerste gewählt wurde. Nach der Rechtsprechung des *BGH* enthält der Begriff „medizinisch notwendige Heilbehandlung" keine Beschränkung der Leistungspflicht auf die kostengünstigste Behandlung.[274] Es gibt also außerhalb des § 192 II VVG kein Verbot der finanziellen Übermaßbehandlung, und der Versicherer kann den Versicherungsnehmer nicht auf einen billigeren oder den billigsten Anbieter verweisen.[275]

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

V. Fälligkeit und Verjährung

185 Die versicherte Leistung wird nach § 14 VVG mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Angesichts der Komplexität bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung setzt dies oftmals die Einsichtnahme des Versicherers in die Krankenunterlagen voraus (§ 213 VVG). Demgemäß ist die versicherte Person im Rahmen des § 31 I VVG in der Regel verpflichtet, einzelne

---

[271] Vgl. vertiefend hierzu MAH-VersR/*Schubach*, § 23 Rn. 333 ff.
[272] BGH r+s 2015, 297.
[273] Prölss/Martin/*Voit*, § 192 Rn. 156.
[274] BGH NJW 2003, 1596.
[275] BGH NJW 2017, 2408 Rn. 26, Hk-VVG/*Rogler*, § 192 Rn. 17.

behandelnde Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden.[276] Der Versicherer muss Gelegenheit haben, sich über alle wesentlichen objektiven Fakten der Behandlung selbst ein Bild zu verschaffen. Auf sein Verlangen muss sich die versichterte Person daher durch einen beauftragten Arzt untersuchen lassen (§ 9 III MB/KK 2009). Gemäß § 195 BGB verjähren die Ansprüche aus dem Krankenversicherungsvertrag in drei Jahren.

VI. Leistungsumfang

186 Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers folgt aus § 4 MB/KK 2009. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich nach § 4 I MB/KK 2009 aus dem Tarif des Versicherers mit den entsprechenden Tarifbedingungen. Die Tarife enthalten nähere Bestimmungen darüber, in welchem Umfang ärztliche und nicht ärztliche Behandlungsmaßnahmen, Arzneien und Verbandsmittel, Heil- und Hilfsmittel, Fahr- und Transportkosten, Entbindungs- und Hebammenkosten, bei Zahntarifen die zahnärztlichen Leistungen und die zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien erstattungsfähig sind. Nach § 4 II MB/KK 2009 hat die versicherte Person die freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten.

---

[276] Hk-VVG/*Rogler*, MB/KK 2009 § 9 Rn. 4; zu generellen Ermächtigungsklauseln vgl. aber *BVerfG*, r+s 2007, 29.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG