

Einleitung

Der fortschreitende Prozess der Digitalisierung ist in vielen Bereichen und Branchen und nicht zuletzt im privaten Umfeld unübersehbar. Die Entwicklung birgt Chancen, bringt jedoch auch eine Vielzahl von Herausforderungen und Risiken mit sich.

Auch das Gesundheitswesen unterliegt regelmäßig Veränderungen, deren Auswirkungen sowohl in der breiten Öffentlichkeit als auch in der Rechtswissenschaft diskutiert werden. Die Telemedizin wurde ermöglicht und DiGA sowie DiPA für gesetzlich versicherte Personen in den Regelleistungskatalog der GKV/SPV aufgenommen. Überdies wurden u. a. die ePA und eine Vielzahl weiterer digitaler Innovationen implementiert. Hintergrund ist der Wunsch nach einer inhaltlich präziseren, kontrollierten und vernetzten Behandlung der Patienten, um die Diagnostik, Prävention und Therapie zu verbessern.

Wenn es zu neuen Entwicklungen kommt, stellt sich für private Krankenversicherungsunternehmen in einer Vielzahl von Fällen die Frage, wie sie ihren Kunden diese Leistungen ermöglichen können. Dies gilt zumindest dann, wenn ihnen die Erstattung nicht unmittelbar durch den Gesetzgeber durch die Schaffung einer Rechtsgrundlage ermöglicht wurde oder diese bereits von ihrem vertraglichen Versprechen umfasst ist. Neben der Einführung neuer Tarife mit entsprechenden Leistungsinhalten werden hierbei insbesondere Fragen zur Anpassung bereits bestehender Tarife aktuell. Private Krankenversicherer möchten dem Wettbewerbsdruck gerecht werden, aber vor allem die dauerhafte Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge garantieren. Hierdurch streben sie an, (zumindest in der substitutiven Krankenversicherung) zur Vollfunktionalität zu gelangen, um ihrer gesetzlichen Verpflichtung gerecht zu werden. Eine Erstattung von Leistungen in Bestandstarifen ohne eine gesetzliche oder vertragliche Rechtsgrundlage wäre nicht möglich. Bei einer dauerhaften Erstattung müsste sich der Versicherer dem Vorwurf aussetzen, aufsichtsrechtlich verbotene Regelkulanzen¹ durchzuführen. Weiterhin muss beachtet werden, dass bestehende Verträge bereits kalkuliert wurden. Würden Leistungen aus diesen beglichen, die nicht einkalkuliert wurden, könnte dies zu einem nicht nur als vorübergehend anzusehenden Ungleichgewicht von kalkulierten und erforderlichen Versicherungsleistungen führen. Dies kann wiederum eine Prämienanpassung notwendig machen (§ 203 Abs. 2 VVG).

Das Bedingungsanpassungsrecht wurde sowohl in der juristischen Literatur als auch durch die Rechtsprechung bislang jedoch nur marginal beleuch-

¹ BAV, Rundschreiben R 2/97 vom 28. April 1997, VerBAV 6/97, abrufbar unter: www.bafin.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rundschreiben/dl_rs_9702_va_sonderverguetung_kv.html, zuletzt abgerufen am 25. März 2022, S. 154 f.; Das Verbot von Regelkulanzen ergibt sich auch aus dem Gleichbehandlungsgebot.

tet. Diese Arbeit widmet sich diesem Thema. In einem ersten Schritt wird das vertragliche Bedingungsanpassungsrecht analysiert und geprüft, wann die Nutzung dessen notwendig wird.² So kann aufgezeigt werden, in welchen Fällen das gesetzliche Bedingungsanpassungsrecht einschlägig ist. Sodann werden die Voraussetzungen des gesetzlichen Bedingungsanpassungsrechts diskutiert und definiert.³ Anschließend erfolgt eine Prüfung des gesetzlichen Bedingungsanpassungsrechts anhand praktischer Fälle.⁴ Im Rahmen dessen geht die Bearbeiterin beispielhaft auf verschiedene digitale Innovationen ein und begutachtet, ob das gesetzliche Bedingungsanpassungsrecht bei diesen Anwendungen findet. Erst in diesem praktischen Teil erfolgt eine nähere Betrachtung der digitalen Innovationen. Der Hintergrund dieses Aufbaus liegt darin, dass eine Umsetzung der vorliegenden Arbeit den Mitarbeitenden privater Krankenversicherungsunternehmen zukünftig einen einfacheren Umgang mit jedweder Veränderung ermöglichen soll. Die digitalen Innovationen werden lediglich als Beispiele genutzt. Diese eignen sich hervorragend, da die Mehrheit der neuen Vorschriften ausschließlich für die GKV geschaffen wurde.

Zusätzlich findet der Leser eine Beschreibung der Risiken, die eine (verpasste) Bedingungsanpassung mit sich bringt⁵ und eine Kontrollliste⁶, die es den Mitarbeitenden privater Krankenversicherungsunternehmen zukünftig ermöglichen soll, konkrete Veränderungen im Gesundheitswesen dahin gehend zu überprüfen, ob sie ein Bedingungsanpassungsrecht oder möglicherweise sogar eine Pflicht auslösen.

² 2. Teil.

³ 3. Teil.

⁴ 5. Teil.

⁵ 6. Teil.

⁶ 8. Teil.

1. Teil Vertragliche und gesetzliche Grundlagen

§ 1 Der private Krankenversicherungsvertrag

Im Gegensatz zur Mitgliedschaft in der GKV, die ihre Grundlage unmittelbar im Gesetz findet, setzt ein privater Krankenversicherungsschutz einen zivilrechtlichen Vertrag zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer voraus. Im Rahmen dessen verpflichtet sich der Versicherer, ein bestimmtes Risiko abzusichern, sodass er bei Eintritt des vereinbarten Versicherungsfalles Leistungen erbringen wird (§ 1 Satz 1 VVG). Der Versicherungsnehmer ist im Gegenzug dazu verpflichtet, die vereinbarte Zahlung (Prämie) zu leisten (§ 1 Satz 2 VVG).

Bei einer Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten (§ 192 Abs. 1 VVG). Hierdurch definiert der Gesetzgeber bereits den Versicherungsfall, bei dessen Eintreten der Versicherer im vereinbarten Umfang leisten muss. § 1 Abs. 2 Satz 1 und 2 MB/KK 2009 übernimmt diese gesetzliche Regelung und ergänzt sie um Behandlungen wegen Todes, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

Die MB/KK werden bei Verträgen zur Absicherung der Krankheitskosten und eines Krankenhaustagesgelds vereinbart. Es handelt sich um Musterbedingungen des *PKV-Verbandes*. Sie stellen die Vertragsbedingungen für die PKV dar und bilden i. d. R. die Grundlage für eine Vertragsbeziehung zwischen dem Krankenversicherer und seinem Kunden. Ergänzt werden sie durch die unternehmensindividuellen TB.⁷ Private Krankenversicherungsunternehmen sind jedoch nicht verpflichtet die MB/KK zu nutzen, sondern können auch eigene Bedingungen schaffen. In der folgenden Bearbeitung werden jedoch nur die MB/KK betrachtet.

§ 2 Substitutive und nicht substitutive Krankenversicherung

Bei privaten Krankenversicherungsverträgen muss zwischen substitutiven und nicht substitutiven Tarifen unterschieden werden.

§ 146 Abs. 1 VAG und § 195 Abs. 1 Satz 1 VVG enthalten Legaldefinitionen der substitutiven Krankenversicherung. Danach ist eine Krankenversicherung substitutiv, wenn sie ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz

⁷ § 203 Abs. 3 VVG spricht von „*Tarifbestimmungen*“. Die Bearbeiterin nutzt die Begriffe „*Tarifbestimmungen*“ und „*Tarifbedingungen*“ synonym.

ersetzen kann. § 146 Abs. 1 VAG umschreibt weitere Voraussetzungen, die kumulativ zu erfüllen sind. Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt i. d. R. keine substitutive Krankenversicherung vor. § 195 Abs. 1 Satz 1 VVG definiert den Begriff identisch. Ausnahmen finden sich nur in einzelnen gesetzlichen Vorschriften, z. B. für Ausbildungstarife (§ 195 Abs. 2 VVG).

Die nicht substitutive Krankenversicherung kann, anders als die substitutive Krankenversicherung, nach Art der Schadenversicherung oder nach Art der Lebensversicherung betrieben werden. Wird sie nach Art der Lebensversicherung betrieben, gelten die Vorschriften für die substitutive Krankenversicherung entsprechend; lediglich die Vorschriften über den gesetzlichen Beitragszuschlag gelten nicht (§ 147 VAG).

2. Teil Das vertragliche Bedingungsanpassungsrecht

Eine der rechtlich schwierigsten und stark diskutierten Fragen stellt sich, wenn der Verwender von AGB, die bisherigen AGB im Rahmen eines Dauerschuldverhältnisses verändern oder vollständig ersetzen möchte. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn sich die höchstrichterliche Rechtsprechung oder die tatsächlichen Verhältnisse verändern. AGB werden jedoch durch ihre Einbeziehung Bestandteil des Vertrages (§ 305 Abs. 2 BGB), sodass für diese zunächst der Grundsatz „*pacta sunt servanda*“ gilt.

Zwar existieren vereinzelte gesetzliche Ausnahmen, unter denen eine Anpassung der AGB möglich ist (z. B. § 675g BGB). Grundsätzlich müsste jedoch die andere Vertragspartei einer Anpassung zustimmen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Vertragspartei einer Anpassung regelmäßig widersprechen wird, jedenfalls dann, wenn diese nachteilig für sie sein könnte.

Ferne würde ein hoher Dokumentationsaufwand für das Versicherungsunternehmen entstehen, wenn von allen Versicherungsnehmern eine Zustimmung nachgehalten werden müsste.

Um den Abschluss einer Vielzahl von Änderungsverträgen⁸ und komplexe Diskussionen zu vermeiden, beinhalten die AGB häufig Anpassungsklauseln. Solche Anpassungsklauseln finden sich i. d. R. auch in den AVB von Krankenversicherungsverträgen wieder.

§ 1 Historische Entwicklung

Die Möglichkeiten eine Klausel anzupassen, wurden immer wieder modifiziert. Die historische Entwicklung wird hier lediglich kurz dargestellt, um einen Überblick zu vermitteln. An den Stellen, an denen das historische Wissen relevant wird, findet eine tiefgehende Erläuterung statt.

Bis 1994 mussten Bedingungsanpassungsklauseln, vor ihrer Verwendung, durch das BAV genehmigt werden.⁹ Auch gab es für das BAV (z. B. auf der Grundlage der Verordnung über die Anwendung Allgemeiner Versicherungsbedingungen v. 29. November 1940¹⁰) die Möglichkeit, eine Anpassung der Bedingungen anzuordnen.¹¹ Ferner forderte § 18 Abs. 1 MB/KK 1976¹² eine

⁸ Basedow in: MüKo/BGB, § 305 Rn. 90; Römer, VersR 1994, 125 (126).

⁹ Wandt, VersR 2000, 129.

¹⁰ Verordnung über die Anwendung Allgemeiner Versicherungsbedingungen v. 29. November 1940 (BGBl. 1940 III Gliederungsnr. 7632-4): Die Verordnung wurde durch Art. 4 Abs. 2 des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften aufgehoben.

¹¹ Wandt in: Beckmann/Matusche-Beckmann, Hdb. Versicherungsrecht, § 11 Rn. 17; Seybold, VersR 1989, 1231 (1232).

¹² Anhang 1.

Genehmigung durch das *BAV*, bevor eine Anpassung stattfand. Zusätzlich wurde die sich anschließende Verwendung durch das *BAV* überwacht.¹³ Dies ergab sich laut *Wandt* daraus, dass es häufig nur Klauseln genehmigte, die eine anschließende Anpassung erneut von der Zustimmung abhängig machten.¹⁴

I. R. d. Einheitlichen Europäischen Akte¹⁵, die am 1. Juli 1987 in Kraft trat, wurde, zur Herstellung des vollständigen europäischen Binnenmarkts für Finanzdienstleistungen, die unbeschränkte Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit eingeführt.¹⁶ Mit dem Dritten Durchführungsgesetz/EWG zum VAG¹⁷ kam es 1994 erstmalig¹⁸ zur Aufnahme von Regelungen zur PKV im VVG (§§ 178a ff. VVG a. F.). Zwar wurde der Gesetzgeber aufgefordert¹⁹ für alle Versicherungssparten ein Bedingungsanpassungsrecht einzuführen, dem folgte dieser jedoch nicht.²⁰ So wurden lediglich für die Kranken- und die Lebensversicherung gesetzliche Bedingungsanpassungsrechte geschaffen (§§ 172, 178g VVG a. F.)²¹, da es sich hierbei um Verträge mit langen Laufzeiten handelt. Für andere Sparten müssen Versicherer weiterhin zwingend vertragliche Anpassungsklauseln schaffen,²² zu denen zahlreiche Urteile²³ ergingen.

¹³ *Wandt* in: Beckmann/Matusche-Beckmann, Hdb. Versicherungsrecht, § 11 Rn. 17; *ders.*: VersR 2000, 129.

¹⁴ *Wandt* in: Beckmann/Matusche-Beckmann, Hdb. Versicherungsrecht, § 11 Rn. 17; *ders.*: VersR 2000, 129.

¹⁵ Einheitliche Europäische Akte v. 26. Juni 1987 (Abl. 1987 L 169, 1).

¹⁶ *Boetius* in: MüKo/VVG, § 203 Rn. 348.

¹⁷ Drittes Gesetz zur Durchführung versicherungsrechtlicher Richtlinien des Rates der Europäischen Gemeinschaft (Drittes Durchführungsgesetz/EWG zum VAG) v. 21. Juli 1994 (BGBl. 1994 I Nr. 46).

¹⁸ *Werber*, VersR 2015, 393.

¹⁹ *Römer*, VersR 1994, 125 ff.; *Wandt*, VersR 2000, 129.

²⁰ *Wandt*, VersR 2000, 129.

²¹ Heutzutage sind die Bedingungsanpassungsrechte in §§ 163, 203 Abs. 3 VVG geregelt. Für die Berufsunfähigkeitsversicherung ist § 163 VVG entsprechend anzuwenden, soweit die Besonderheiten dieser Versicherung nicht entgegenstehen (§ 176 VVG). Eine weitere Regelung für Tarifänderungen enthielt Art. 16 § 8 Drittes Durchführungsgesetz/EWG zu VAG für die Kfz-Haftpflichtversicherung, soweit die Versicherungsverträge bis zum 31. Dezember 1994 zu den von der Aufsichtsbehörde vor dem 29. Juli 1994 genehmigten AVB geschlossen worden sind.

²² *Wandt*, VersR 2000, 129.

²³ Nicht abschließend: BGH, Urteil v. 8. Oktober 1997 - IV ZR 220/96, BGHZ 136, 394 ff.; BGH, Urteil v. 17. März 1999 - IV ZR 218/97, BGHZ 141, 153 ff.; OLG Celle, Urteil v. 20. Juni 1996 - 14 O 12/95, VersR 1996, 1133 ff.; OLG Düsseldorf, Urteil v. 4. September 1997 - 6 U 143/96, VersR 1997, 1272 ff.; OLG Celle, Urteil v. 22. Juli 1999 - 8 U 82/98, VersR 2000, 47 ff.; LG Hannover,