

Versicherungsschutz verweigert

Vormalige Psychiatrie- und Psychotherapiepatienten werden diskriminiert

Die Kostenentwicklung im System der gesetzlichen Krankenversicherung hat in den letzten Jahren zu erheblichen Leistungseinschränkungen geführt, weswegen die Patienten stärker Eigenverantwortung übernehmen müssen und es nahe liegt, die GKV-Policen durch Angebote der Privatversicherungen zu ergänzen.

Eine ähnliche Entwicklung fand im Bereich der Berufsunfähigkeitsversicherung statt, als der Gesetzgeber § 240 SGB VI zum 01.01.2001 dahin abänderte, dass der Berufsunfähigkeitsschutz für alle nach dem 01.01.1961 geborenen Beitragszahler zur gesetzlichen Rentenversicherung unter massiver Leistungskürzung auf einen Erwerbsunfähigkeitsschutz reduziert wurde. Bislang verfügen aber nur etwa 15 % der Werkstätigen über eine private Berufsunfähigkeitsversicherung, die im Schadensfall die SGB IV-Leistungskürzungen auffangen könnte, so dass auch hier erheblicher Bedarf für ergänzenden privaten Versicherungsschutz besteht.

Die Privatversicherungen sind bislang jedoch nicht verpflichtet, mit Antragstellern Verträge abzuschließen (Ausnahme: Beamte und Beamtenanwärter in der PKV). Sie können sich die „guten“ Risiken herausuchen und die „schlechten“ zurückweisen, da das Versicherungsvertragsrecht noch immer der überholten Vorstellung folgt, private Kranken-, Berufsunfähigkeits- und Risikolebensversicherungen seien verzichtbar und die Bürger auf sie nicht angewiesen. Der Gesetzgeber hat es zum einen versäumt, das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) den geänderten Umständen im Sozialrecht anzupassen. Zum anderen schreckt er auch vor dem Einfluss der finanzstarken Versicherungslobby zurück. Obgleich eine seitens der Bundesjustizministerin eingesetzte Kommission zur Überarbeitung des VVG bereits im Frühjahr 2004 einen Abschlussbericht veröffentlichte, der die Rechte der Versicherungsnehmer an verschiedenen Stellen gestärkt sehen möchte, vermochte das Ministerium hierzu bislang keinen Referentenentwurf vorzulegen. Die Assekuranzen, die bislang nahezu unbeschränkt Vertragsfreiheit genießen und sich ausschließlich an den Interessen ihrer

Aktionäre orientieren, konnten sich daher einer stärkeren Verpflichtung für das Gemeinwesen bisher entziehen.

Besonders prekär ist die momentane Rechtslage für vormalige Psychiatrie- und Psychotherapiepatienten, die von der restriktiven Aufnahmepraxis der Versicherer, soweit Gesundheitsrisiken versichert werden sollen, von allen Patientengruppen am härtesten getroffen werden. Der Verfasser hatte hierzu beim Deutschen Bundestag eine Petition eingereicht (vgl. zur Vertiefung Riemer, M.: *Psychotherapiepatienten ohne Versicherungsschutz*, Psychotherapeut 2004, Heft 3, S.227-230 und *„Psycho“ ist nicht versicherbar*, Psychotherapeut 2005, Heft 5, S.367-371), der sich mehrere Ärzten und Psychologen angeschlossen hatten.

Der Hintergrund des Problems für vormalige Psychiatrie- und Psychotherapiepatienten besteht darin, dass die Versicherungsgesellschaften mit vorformulierten Antragsfragebögen arbeiten, die Fragen zur medizinischen Biographie umfassen. Einige Gesellschaften erkundigen sich nach Vorbehandlungen der letzten zehn Jahre, andere differenzieren und fragen bei ambulanten Behandlungen nur die letzten fünf Jahre vor Antragstellung ab. Grundsätzlich ist dieses Vorgehen nicht zu beanstanden, da es zur Kalkulierung adäquater Risikoprämien erforderlich ist. Stellt sich bei der Beantwortung der Fragen jedoch heraus, dass der Antragsteller zuvor wegen einer psychischen Störung behandelt wurde, unabhängig ob vom Haus- oder Facharzt/approbierten Diplom-Psychologen, werden die Anträge regelmäßig zurückgewiesen. Die Versicherer fürchten, besonders im Hinblick auf die Kosten stationärer Kuren und möglicher Berufsunfähigkeit, die aus ihrer Sicht hohen Schadensquoten dieser Patientengruppe. Die Erkenntnis, dass psychische Störungen differenziert nach Schweregrad zu betrachten sind und erfolgreich behandelt werden können, ohne weitere jahrelange therapeutische Begleitung, findet in der Risikokalkulation der Assekuranzen bislang faktisch keinen Niederschlag. Während bei einem internistischen oder orthopädischen Vorschaden die Anträge mit Beitragszuschlägen oder Leistungsausschlüssen angenommen werden oder z.B. für Beamte in der PKV unabhängig vom Gesundheitszustand zu Lasten des Kollektivs der Bestandskunden eine großzügige Aufnahmepraxis besteht, schrecken die Versicherungsmathematiker in den Risikoabteilungen vor einer vertieften Auseinandersetzung mit psychiatrischer und psychotherapeutischer Epidemiologie zurück. Zwar behauptete der Gesamtverband der Versicherungswirtschaft e.V. in einer Stellungnahme gegenüber dem Bundesjustizministerium, einzelne Gesellschaften würden mit vormaligen Psychiatrie-

und Psychotherapiepatienten ebenso zu Leistungsausschlüssen wie bei organmedizinischen Vorbehandlungen bereit sein. Auf Anfrage konnte der Verband jedoch keine einzige Gesellschaft anführen, die sich zu dieser Kulanz bereit finden wollte. Auch der Ombudsmann für Versicherungen konnte keine Gesellschaft benennen, die vormals psychisch erkrankte Patienten auf gleiche Augenhöhe mit z.B. internistischen oder chirurgischen Patienten zu setzen bereit wäre. Es gilt in der Branche, was auch die Versicherungsmakler durchweg bestätigen, der Leitsatz: „Psycho“ ist nicht versicherbar.

Wer auch nur für einen einzigen Tag wegen einer psychischen Störung hospitalisiert oder im Krankenhaus mit einer auf eine solche Störung hindeutenden Begleitdiagnose versehen wurde, läuft Gefahr, für die kommenden zehn Jahre mit dem Makel „nicht versicherbar“ gebrandmarkt zu werden; bei ambulanten Behandlungen immerhin noch fünf Jahre. Wer in dieser Zeit z.B. eine Familiengründung plant und das Familieneinkommen gegen Berufsunfähigkeit oder das Darlehen für einen Immobilienerwerb durch eine (von den Banken inzwischen obligatorisch geforderte) Risikolebensversicherung absichern möchte, hat damit zu rechnen, über die Zeitspanne der Antragsfragen hinweg als „unkalkulierbares Risiko“ zu gelten und abgelehnt zu werden. Unvollständige Antworten können die Versicherer zum Rücktritt oder gar zur Anfechtung berechtigen. Solange der Gesetzgeber zu Eingriffen in das VVG nicht bereit ist, wird sich an dieser Situation wohl auch nichts ändern.

Was können Psychologen und Ärzte daher ihren Patienten empfehlen? – Zwar besteht keine Pflicht, über diese mit dem Behandlungsverhältnis in Zusammenhang stehenden rein rechtlichen Risiken aufzuklären. Der Pflichtenkreis der Therapeuten würde überspannt, wenn sie sich auch noch über die aktuellen Entwicklungen im Privatversicherungsrecht auf dem Laufenden halten müssten. Optimalerweise sind Patienten bereits umfassend versichert, bevor sie den Erstkontakt zum Therapeuten suchen. Sofern dies nicht der Fall ist, sollte fairerweise kurz darauf hingewiesen werden, welchen Schwierigkeiten sie sich bei einer Antragstellung in den nächsten Jahren ausgesetzt sehen könnten. Den Erstkontakt im Interesse des Patienten nicht zu dokumentieren und nicht abzurechnen, ist nicht nur im Hinblick auf die therapeutischen Sorgfaltspflichten äußerst risikant, z.B. wenn der Patient anschließend durch selbstschädigende Handlungen oder Suizid/Prasuizid zu Schaden kommt,

sondern eröffnet auch eine gefährliche Nähe der Teilnahme am Betrug zum Nachteil des Versicherungsunternehmens. Zur weiteren Beratung, sollte der Patient akuten Bedarf hierzu haben, empfiehlt sich stattdessen der Hinweis auf einen im Versicherungsrecht tätigen Rechtsanwalt oder die kostenfreie Beratung durch einen unabhängigen Versicherungsmakler, der die Lage des Patienten weiter analysieren kann. Vor vorschnellen Antragstellungen oder Falschanworten, wenn Gesundheitsfragen nach psychischen Vorerkrankungen zu beantworten wären, kann nur gewarnt werden. Die Versicherungswirtschaft unterhält Risikodatenbanken, über die vormals abgelehnte Antragsteller noch Jahre später gespeichert bleiben.

Rechtsanwalt Dr.PH Martin Riemer
Sophienstr.18 50321 Brühl /Rheinland
Tel. (02232) 418746 Fax (02232) 418758
E.mail: post@riemer-law.de

Stand: 15.November 2005