

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0034(5.1)

Zu TOP 3 der TO am 9.6.2010

08.06.2010

**DIE LINKE.**  
I M B U N D E S T A G

## **Änderungsantrag 2**

der **Fraktion DIE LINKE** im Ausschuss für Gesundheit  
zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung  
krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften**  
BT-Drs. 17/1297

Folgender Artikel 14 wird eingefügt. Die Nummerierung der folgenden  
Artikel ändert sich entsprechend.

### **Artikel 14 Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes**

In § 192 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

"Der Versicherer hat über einen Antrag des Versicherungsnehmers auf  
Kostenübernahme oder auf Entscheidung über diese unverzüglich,  
spätestens nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang, in durch einen  
Arzt als medizinisch dringend bezeichneten Fällen innerhalb von zwei  
Tagen, zu entscheiden. Nach Fristablauf ohne Entscheidung des  
Versicherers gilt sein Schweigen als Erklärung der beantragten  
Kostenübernahme."

Berlin, den 8. Juni 2010

### **Begründung**

Es kommen immer wieder Einzelfälle vor, in denen medizinisch  
dringend notwendige Maßnahmen bei privat Krankenversicherten  
deshalb nicht vorgenommen werden, weil weder eine Zusage einer  
Kostenübernahme, noch eine Ablehnung derselben erfolgt. In einem  
dem Petitionsausschuss vorliegendem Fall hätte diese erst nach drei  
Monaten erfolgte Zusage fast zum Tod des Versicherungsnehmers  
geführt. Im Ergebnis hat er jedoch gesundheitliche Schäden erlitten.

Mit dieser Regelung soll das Recht des Versicherungsnehmers auf eine in angemessener Zeit zu erfolgende Entscheidung des Versicherers über eine Kostenübernahme gewährt werden. Wegen der Wichtigkeit der Rechtsgüter Leben und Gesundheit ist es notwendig, eine mit Erfüllungszwang ausgestattete Rechtspflicht zu schaffen. Dem Versicherungsnehmer ist es in diesen Situationen nicht zuzumuten, auf dem regulären Klageweg unter Zuhilfenahme unbestimmter Rechtsbegriffe wie Treu und Glauben eine Entscheidung des Versicherungsunternehmens zu erstreiten.

Unbenommen bleibt der Grundsatz, dass das Versicherungsunternehmen nur dann zur Zahlung verpflichtet ist, wenn es auch leistungspflichtig ist. Lediglich die Zeitspanne, die das Unternehmen für seine Entscheidung hat, soll entsprechend der gesundheitlichen Situation, in der sich Versicherte üblicherweise bei Antragstellung befinden, angepasst werden.