

OMBUDSMANN

Private Kranken- und Pflegeversicherung

TÄTIGKEITSBERICHT

2007

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines	4	Schlichtungserfolge	23
– Sitz	5	Fälle aus der Ombudsmannpraxis	26
– Erreichbarkeit	5	– Behandlung in der Schweiz	26
– Verfahren	6	– Private Entbindung	27
– Verfahrensdauer	7	– Kinderwunsch mit ungeklärter Fertilitätsstörung	28
– FIN-NET	8	– Dauertherapie	29
Tätigkeitsschwerpunkte	9	– Keine Beitragsrückerstattung	29
– Medizinische Notwendigkeit von Heilbehandlungen	9	– Down-Syndrom	30
– Arzt / Zahnarzt-Honorare	10	– Unterbrochener Auslandsaufenthalt	31
– Vergütung für Physio- und Psychotherapeuten	11	– Vollnarkose als Zahnbehandlung	32
– Rücktritt / Kündigung / Modifizierter Standardtarif	12	– Krebsdiagnose während Zahlungs- verzugs	33
– Abgrenzung Krankenhaus- / Sanatoriums- behandlung (Gemischte Anstalten)	14	– „Gedehnter Versicherungsfall“	33
– Beitragsanpassungen und Beitragshöhe	15	– Krankentagegeld und Wieder- eingliederungsmaßnahme	34
– Zahnbehandlung und Zahnersatz	15	– Kinderwunschbehandlung und Embryonenschutzgesetz	35
– Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	16	– Kinderbetreuungskosten	36
– Krankentagegeld	17	Liste der Mitgliedsunternehmen	38
– Vermittler- und Beraterbeschwerden	18	Statut	44
– Sonstiges	18		
Beschwerdezahlen im Einzelnen	19		

Allgemeines

Die Institution des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung hat sich seit ihrer Einrichtung im Oktober 2001 als neutrale Schlichtungsstelle bewährt, die bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen vermittelt.

Das an Herausforderungen reiche Jahr 2007 brachte für den Ombudsmann verschiedene Neuerungen.

Das Bundesministerium der Justiz hat den Ombudsmann als Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern oder -beratern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen anerkannt. Seit dem 22. Mai 2007 können damit auch Beschwerden gegen Versicherungsvermittler und Versicherungsberater an den Ombudsmann gerichtet werden, soweit sie sich um solche aus der privaten Kranken- und Pflegeversicherung handeln. Versicherungsvermittler im Sinne des Gesetzes sind Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler. Die entsprechenden Änderungen des Statuts hinsichtlich der Erweiterung des Statuts wurden vorgenommen bzw. eingeleitet.

Eine weitere Änderung stellt der Wechsel in der Person des Ombudsmanns dar. Herr Arno Surminski hat nach über sechs Jahren seine Tätigkeit auf eigenen Wunsch zum 31. Oktober 2007 beendet. Er hat diese Schlichtungsstelle aufgebaut und mit großem Erfolg zu einer von Versicherten und Versicherern hoch geschätzten Einrichtung ausgebaut. Seine Nachfolge hat am 1. November 2007 der Jurist

Dr. Helmut Müller angetreten; er war über drei Jahrzehnte bis zu seiner Pensionierung bei der Versicherungsaufsicht tätig und arbeitete zuletzt als Berater nationaler und internationaler Organisationen.

Sitz Sitz der Schlichtungsstelle für die private Kranken- und Pflegeversicherung ist weiterhin Berlin. Alle Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes nehmen an dem Ombudsmannverfahren teil (Mitgliedsverzeichnis am Ende des Berichts).

Erreichbarkeit Der Ombudsmann kann sowohl schriftlich als auch telefonisch erreicht werden, wobei das eigentliche Ombudsmannverfahren im schriftlichen Verfahren stattfindet. In Ausnahmefällen besteht die Möglichkeit, das Anliegen persönlich vorzutragen. Über das Internet ist der Ombudsmann unter www.pkv-ombudsmann.de zu erreichen.

Verfahren Das Ombudsmannverfahren beginnt mit dem Eingang der schriftlichen Eingabe des Versicherten. Ist die Beschwerde zulässig, erhalten die Einsender eine Eingangsbestätigung, in der sie über den weiteren Verfahrensablauf informiert werden. Danach bittet der Ombudsmann das betroffene Versicherungsunternehmen um Stellungnahme und gibt ihm auf diesem Weg Gelegenheit, die eigene Entscheidung noch einmal zu überdenken. Anschließend prüfen der Ombudsmann und seine juristischen Mitarbeiter, ob die Beschwerde berechtigt ist. Hierzu werden Versicherungsbedingungen, Gesetze und Rechtsprechung herangezogen. Der Abschluss des Verfahrens erfolgt gegenüber dem Beschwerdeführer und dem Versicherer in schriftlicher Form.

Dabei sind folgende Ausgänge denkbar:

- Wenn der Ombudsmann der Beschwerde aus Rechtsgründen nicht abhelfen kann, erklärt er dem Beschwerdeführer, ob und warum die Entscheidung seines Versicherers nicht zu beanstanden ist.
- Erkennt das Versicherungsunternehmen den Anspruch des Beschwerdeführers ganz oder teilweise an, übermittelt der Ombudsmann dieses Ergebnis und schließt das Verfahren ab.
- Zur gütlichen Streitbeilegung kann der Ombudsmann dem Unternehmen unabhängig von der Rechtslage einen Kompromiss vorschlagen. Folgt der Versicherer dem Vorschlag, leitet der Ombudsmann ihn an den Beschwerdeführer weiter und empfiehlt seine Annahme.

- In den Fällen, in denen Ombudsmann und Unternehmen unterschiedlicher Meinung sind und ein Kompromiss nicht zustande kommt, spricht der Ombudsmann eine förmliche Empfehlung gemäß § 7 Abs. 1 des Ombudsmannstatuts aus (Statut als Anlage zum Bericht). Den Beteiligten ist es freigestellt, diesen Schiedsspruch anzunehmen oder nicht.

Verfahrensdauer Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Eingaben lag 2007 bei etwa 26 Wochen. Dringliche Beschwerden, in denen es etwa um den Verlust des Versicherungsschutzes ging, wurden sofort erledigt. Nicht so eilige Fragen mussten bis zu über einem Jahr auf die abschließende Bearbeitung warten. Die durchschnittlich sehr lange Bearbeitung der Eingaben war ein Problem, das die Ombudsstelle in den vergangenen Jahren ständig begleitete. Alle Bemühungen, eine vertretbare Bearbeitungsdauer zu erreichen, wurden dadurch unterlaufen, dass Jahr für Jahr höhere Beschwerdezahlen registriert wurden. In der zweiten Jahreshälfte wurde die Ombudsstelle personell verstärkt, so dass sich die Bearbeitungszeiten in Zukunft deutlich reduzieren dürften.

FIN-NET Der Ombudsman ist Mitglied im sogenannten FIN-NET. FIN-NET ist ein grenzüberschreitendes außergerichtliches Beschwerdenetzwerk der Europäischen Kommission in Finanzdienstangelegenheiten in den Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums. Es ermöglicht den Mitgliedern, Beschwerden unbürokratisch an die zuständige nationale Schlichtungsstelle weiterzuleiten. Das Netz wurde auf Initiative der Europäischen Kommission 2001 geschaffen. Die Mitglieder treffen sich zweimal jährlich zum Informations- und Erfahrungsaustausch. FIN-NET wird immer dann eingeschaltet, wenn sich die Beschwerden gegen europäische Versicherer wenden, die nicht Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sind und ebenfalls dem FIN-NET angeschlossen sind. Weitere Informationen zum FIN-NET sind im Internet unter der Adresse <http://ec.europa.eu/fin-net> zu finden.

Der Ombudsman beobachtet – wie auch schon in den vergangenen Jahren – eine Tendenz, Versicherer für die private Lebensgestaltung in Anspruch zu nehmen. So werden die Einnahme von Arzneimitteln als Dauerzustand, ebenso ständige psychotherapeutische oder physiotherapeutische Sitzungen immer mehr als Teil der allgemeinen Lebensführung angesehen. Wunschbehandlungen im Krankenhaus nehmen zu, obwohl ambulante Behandlungen ausreichen würden. Der boomende Gesundheitsmarkt jenseits des medizinisch Notwendigen (Wellness und Rehabilitation, Kuren, alternative Medizin, Kosmetik und Nahrungsergänzungsmittel) führt zunehmend zu Abgrenzungsschwierigkeiten. Durch das Bemühen einiger Behandler, ihre Patienten zu umfangreicher Dauerbehandlung anzuhalten (Mengenausweitung), wird dieser Trend noch verstärkt. Die Versicherer versuchen im Interesse stabiler Ausgaben und damit stabiler Beiträge, dem medizinischen Anspruchsdenken und der Ausweitung in die Menge mit strengeren Prüfungen zu begegnen. Das führt naturgemäß zu Konflikten zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer, aber auch zu Differenzen mit Ärzten und Zahnärzten.

Im Mittelpunkt der Ombudsmanntätigkeit standen die folgenden Sachverhalte:

Medizinische Notwendigkeit von Heilbehandlungen

Der Themenkomplex der medizinischen Notwendigkeit hat im Jahr 2007 nochmals an Bedeutung gewonnen. Weit über ein Drittel aller Beschwerden ist in diesem Bereich anzusiedeln. Versicherungsschutz besteht nach den Versiche-

Tätigkeitsschwerpunkte

rungsbedingungen nur für Heilbehandlungen, Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel, wenn sie „medizinisch notwendig“ sind. Was medizinisch notwendig ist, lässt sich immer nur im Einzelfall bestimmen und erweist sich als ein weites Feld mit großem Auslegungsspielraum. Zu diesem Komplex gehört auch die Frage, ob bestimmte Mittel und alternative Verfahren medizinisch notwendig sind.

Ein Unterfall der medizinischen Notwendigkeit ist die Frage, ob eine Erkrankung stationär oder ambulant zu behandeln ist. Die Versicherer lehnen zunehmend die Kostenübernahme für die teurere stationäre Behandlung ab, wenn ihrer Meinung nach eine ambulante Behandlung ausgereicht hätte.

Als medizinischer Laie kann der Ombudsmann Streitfälle zur medizinischen Notwendigkeit nicht abschließend entscheiden. Seine vermittelnde Tätigkeit beschränkt sich meist darauf, nochmals eine Überprüfung durch ärztliche Sachverständige anzuregen oder in Härtefällen eine Kulanzlösung vorzuschlagen.

Arzt- und Zahnarzthonorare

Nach wie vor zahlreich sind die Auseinandersetzungen über die richtige Auslegung der Gebührenordnungen der Ärzte und Zahnärzte. Die völlig veralteten Gebührenordnungen bilden aufgrund des rasanten medizinischen Fortschritts längst nicht mehr den aktuellen Stand der Medizin ab. Die Interessen der Ärzte und der Versicherer sind hier gegenläu-

fig. Während einige Ärzte eher zu einer großzügigen Anwendung der Gebührenordnungen neigen, sind die Versicherer bemüht, auf die Einhaltung gebührenrechtlicher Grundsätze und eine aus ihrer Sicht korrekte Abrechnung der privatärztlichen Leistungen zu bestehen. Gebührenstreitigkeiten sind ein besonders unerfreulicher Teil der Ombudsmantätigkeit, da die Gebührenordnungen komplex und Gerichtsentscheidungen, wenn sie denn vorliegen, sehr unterschiedlich ausfallen. Der Ombudsmann begrüßt daher die Bestrebungen, das Gebührenrecht im Rahmen der Gesundheitsreform zu reformieren und an die geänderten medizinischen Ansprüche anzupassen.

Die zahlreichen Auseinandersetzungen belasten die Atmosphäre zwischen Versicherern und Versicherungsnehmern, aber auch zwischen Ärzten, Zahnärzten und den Versicherern. Der Ombudsmann tritt dafür ein, dass die Versicherer ihre Kunden aus dem Gebührenkonflikt so weit wie möglich heraus halten, indem sie nach Vollmachtserteilung oder Abtretungserklärung die Verhandlungen mit den Behandlern selbst führen und gegebenenfalls auch gerichtlich gegen diese vorgehen.

Vergütung für Physio- und Psychotherapeuten

In diesem Bereich kommt es ebenfalls häufig zu Streitigkeiten über die Vergütungshöhe, weil keine Gebührenordnungen bestehen. Die Versicherer orientieren sich hier an den Beihilfesätzen, die über den Sätzen der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Bei den Beschwerden an den Ombudsmann geht es in der Regel um die Frage, ob Privatversicherer höhere Vergütungen für Physio- und Psycho-

Tätigkeitsschwerpunkte

therapeuten als die Beihilfe erstatten müssen. Auch hier wären verbindliche Gebührenordnungen hilfreich, um Streitigkeiten zu vermeiden.

Rücktritt / Kündigung / Modifizierter Standardtarif

Der Ombudsman konnte im Jahr 2007 einen deutlichen Anstieg der Beschwerdefälle wegen eines Rücktritts oder einer Kündigung des Versicherungsvertrages seitens des Versicherers verzeichnen. Die Versicherer nehmen vorvertragliche Anzeigepflichtverletzungen – etwa unrichtige oder unterlassene Angaben zum Gesundheitszustand – zum Anlass, den Vertrag zu beenden. In Ausnahmefällen, wenn dem Versicherungsnehmer ein arglistiges Verhalten vorgeworfen wird, kommt es auch zur Anfechtung und damit rückwirkenden Aufhebung des Vertrages. Auch Kündigungen wegen Nichtzahlung der Beiträge sind nicht selten. Bei Kündigungen seitens des Versicherungsnehmers geht es häufig um die Frage, ob die Kündigung zum richtigen Zeitpunkt erfolgt und er die Kündigungsfrist eingehalten hat.

Eine Beendigung des Versicherungsschutzes bringt den Betroffenen in eine prekäre Lage, da eine Aufnahme bei einem anderen Unternehmen erschwert bzw. unmöglich wird. Der Ombudsman hat sich seit jeher bemüht, in diesen Fällen eine Fortsetzung des Vertrages beim privaten Krankenversicherer zu erreichen, gegebenenfalls mit Leistungsausschlüssen oder Risikozuschlägen. Die meisten PKV-Unternehmen sind diesen Vorschlägen gefolgt, um zu verhindern, dass eine wachsende Zahl von bisher Privatversicherten keinen Versicherungsschutz besitzt.

Modifizierter Standardtarif

Im Zuge der Gesundheitsreform können bislang nichtversicherte Personen seit dem 1. Juli 2007 Versicherungsschutz im so genannten modifizierten Standardtarif suchen, wenn sie nicht in der GKV versichert bzw. dort versicherungspflichtig sind und nicht über eine private Krankheitskostenvollversicherung verfügen. Seitens der Versicherungsunternehmen besteht Kontrahierungszwang, d. h. sie dürfen den Antrag eines Versicherungsberechtigten auf Versicherung im modifizierten Standardtarif nicht ablehnen.

Es kam insbesondere zu Schwierigkeiten, da die Umsetzung des modifizierten Standardtarifs in den Unternehmen zunächst aufgrund gesetzlicher Unklarheiten schleppend verlief. Viele Kunden können auch nicht nachvollziehen, warum die Versicherer eine Gesundheitsprüfung durchführen, obwohl trotz Vorerkrankungen keine Risikozuschläge erhoben werden dürfen. Eine Prüfung des Gesundheitszustands ist jedoch zur Durchführung eines finanziellen Ausgleichssystems zwischen den Unternehmen erforderlich und vom Gesetz ausdrücklich vorgesehen. Besteht ein erhöhtes Risiko, erhebt der Versicherer einen fiktiven Risikozuschlag, der in der Prämie jedoch keinen Niederschlag findet, aber bei einem späteren Tarifwechsel relevant werden kann.

Weitere Streitpunkte sind neben der Beitragshöhe auch die Berücksichtigung von Wartezeiten und die Kostenübernahme bereits laufender Behandlungen. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung haben bis zum 31. Dezember 2007 erleichterte Aufnahmebedingungen angeboten, unter denen Versicherungsschutz nach dem Ablauf der in der PKV üblichen Wartezeiten auch für bereits vor Versicherungsbeginn eingetretene Behandlungsfälle geboten wurde.

Tätigkeitsschwerpunkte

Abgrenzung Krankenhaus- / Sanatoriumsbehandlung

„Gemischte Anstalten“

Die Frage der Erstattungsfähigkeit von Behandlungen in Krankenhauseinrichtungen, die nicht ausschließlich Akutbehandlungen durchführen, sondern auch nicht vom Versicherungsschutz umfasste Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen vornehmen, nimmt seit Beginn der Ombudsmantätigkeit eine gleichbleibende Bedeutung ein. Um Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von klassischen Krankenhausbehandlungen zu Kur bzw. Rehabilitationsmaßnahmen zu vermeiden, enthalten die Versicherungsverträge die Vorgabe, dass Leistungen bei Behandlungen in Gemischten Krankenanstalten nur erfolgen, wenn die Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt haben. Der Ombudsmann hat die Krankenversicherer gebeten, ihre Kunden besser über das Problemfeld der Gemischten Anstalten zu informieren. Außerdem versendet er Listen mit den Namen aller Gemischten Anstalten an die Beschwerdeführer. Wünschenswert wäre es, wenn auch Ärzte und Krankenhäuser die Patienten über die Problematik der Gemischten Anstalten aufklärten, damit die Versicherten keine Behandlung beginnen, ohne sich vorher über ihren Versicherungsschutz vergewissert zu haben.

Die Versicherer sind im Laufe der Zeit dazu übergegangen, trotz fehlender vorheriger Zusage nachträglich anhand der Krankenunterlagen zu prüfen, ob eine Zustimmung erteilt worden wäre, wenn der Versicherungsnehmer sie rechtzeitig beantragt hätte. Ergibt die Prüfung, dass tatsächlich eine medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung und nicht etwa eine Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde, erbringt der Versicherer die Leistungen im Wege der Kulanz.

Beitragsanpassungen und Beitragshöhe

Wie in den vergangenen Jahren beschwerten sich die Versicherten häufig über Beitragsanpassungen in ihren Tarifen. Wenn auch die Einsicht zu wachsen scheint, dass die Anpassungen unabwendbar sind, so machen sich die Versicherten doch Sorgen, ob sie die steigende Beitragslast dauerhaft tragen können. Der Ombudsmann hat in diesem Beschwerdebereich keine Schlichtungsmöglichkeiten, da er die Rechtmäßigkeit von Beitragsanpassungen nur formal überprüfen kann. Er versucht jedoch, dem Beschwerdeführer Wege aufzuzeigen, wie er die Beitragsbelastung durch Umstellungen des Versicherungsschutzes vermindern kann. Infolge der Auswirkungen des Allgemeinen Gleichstellungsgesetzes (AGG) kam es Ende 2007 erstmals zu Beschwerden über Beitragssenkungen, die nach Ansicht der weiblichen Beschwerdeführer zu gering ausgefallen sind.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

Streitigkeiten über die Erstattungsfähigkeit von Zahnbehandlungen und Zahnersatz kommen sowohl im Rahmen der Vollkostenversicherung als auch der Ergänzungsversicherung bei gesetzlich Krankenversicherten vor. Die Beschwerden betreffen u. a. die Höhe der Materialkosten, aber auch die Frage, ob herkömmlicher Zahnersatz oder Implantate medizinisch notwendig sind. Weiter ist die Verblendung von Zähnen – hier leisten die Versicherer nur für Zähne im sichtbaren Frontbereich – immer wieder Gegenstand von Beschwerden.

Tätigkeitsschwerpunkte

Gerade im Bereich der Zusatzversicherung wird der Ombudsmann mit Eingaben konfrontiert, in denen der Versicherungsfall schon vor Beginn der Versicherung eingetreten ist, also vom Versicherungsvertrag nicht gedeckt ist. Weist der behandelnde Zahnarzt etwa darauf hin, dass es an der Zeit sei, das Gebiss zu sanieren, ist damit, was die meisten Versicherten nicht wissen, der Versicherungsfall „Zahn-sanierung“ bereits eingetreten. Da die Kosten für Zahnersatz immens sind, schließen einige Patienten erst im Hinblick auf eine anstehende Behandlung eine Zahnversicherung ab. Versicherungsschutz besteht jedoch nur für in der Zukunft liegende ungewisse Versicherungsfälle. Ansonsten könnte der Patient zunächst eine Diagnose und Beratung über mögliche Behandlungsformen einholen und erst im Hinblick auf die zu erwartenden Kosten eine entsprechende Versicherung abschließen. Diese Vorgehensweise widerspricht jedoch dem Versicherungsgedanken. Der Versicherte läuft also Gefahr, keine Leistung zu erhalten. Zusätzlich kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Hier gehen die Auseinandersetzungen um die vielen noch nicht ausreichend erprobten Mittel und Verfahren, die von den Krankenversicherern nicht bezahlt werden. Die Abgrenzung zwischen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln sowie die Erstattungsfähigkeit kosmetischer Präparate spielt in der Ombudsmannpraxis eine wachsende Rolle.

Bei den Hilfsmitteln ist der Umstand, dass die Leistung auf bestimmte, in den Tarifen abschließend aufgeführte Gegen-

stände beschränkt ist und neue in der Liste nicht genannte Hilfsmittel ausgeschlossen sind, ständiges Thema bei den Ombudsmannbeschwerden.

Krankentagegeld

In der Krankentagegeldversicherung, die den Verdienstauffall sichern soll, geht es in der Regel um größere Beträge. Die Zahl der möglichen Komplikationen ist beträchtlich. Leistungen aus der Krankentagegeldversicherung kommen nur in Betracht, wenn eine hundertprozentige Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit leistet der Versicherer ebenso wenig wie bei festgestellter Berufsunfähigkeit. Auch die rechtzeitige Meldung der Arbeitsunfähigkeit und ihr Nachweis durch ärztliches Zeugnis führen immer wieder zu Streitigkeiten. Da mit der Krankentagegeldversicherung Verdiensteinbußen ausgeglichen werden sollen, darf das vereinbarte Tagegeld schließlich nicht höher sein als das aktuelle Einkommen.

Den Versicherern ist bewusst, dass bei dieser Versicherungsart das „Ausnutzungspotenzial“ besonders groß und die Flucht aus wirtschaftlichen Schwierigkeiten in die Krankheit (Krankentagegeldversicherung) eine ständige Versuchung ist. Deshalb wird dieser Bereich besonders kritisch geprüft. Rücktritte wegen Anzeigepflichtverletzungen und Kündigungen seitens des Versicherers kommen häufiger vor.

Vermittler- und Beraterbeschwerden

Seit Mai 2007 ist der Ombudsmann auch für Beschwerden über Versicherungsvermittler und Versicherungsberater zuständig. Bislang haben ihn aber nur vereinzelt Beschwerden erreicht. Diese richten sich in erster Linie gegen die Beratung bei Abschluss des Versicherungsvertrags.

Sonstiges

Fragen im Zusammenhang mit der Umsetzung und den Auswirkungen der Gesundheitsreform waren im Jahr 2007 häufig. Die privat Versicherten sorgen sich um den Bestand und die Finanzierbarkeit ihrer Versicherung, weil viele der Neuregelungen sie erheblich belasten.

Im Jahr 2007 konnte der Ombudsmann einen weiteren Anstieg von Beschwerden verzeichnen, in denen es um Kinderwunschbehandlungen ging. Hier sind privat Versicherte insofern im Vorteil, als die Kosten übernommen werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind, während GKV-Versicherte höchstens die Hälfte der Kosten erstattet bekommen.

Relativ häufig hat der Ombudsmann Beschwerden von Versicherten bearbeitet, die bei ihrem Unternehmen einen Tarifwechsel beantragt haben, der ihnen zum Teil verwehrt oder nur unter sehr erschwerten Bedingungen angeboten wurde.

Beschwerdezahlen im Einzelnen

Im Berichtszeitraum 2007 ist die Zahl der schriftlich eingegangenen Beschwerden erneut angestiegen, gegenüber dem Vorjahr um etwa 13 %. Insgesamt wurden fast 4000 (Vorjahr: 3500) Eingänge registriert. Davon waren knapp 500 Beschwerden unzulässig, etwa weil sie verspätet eingelegt wurden, bereits ein Verfahren vor der Versicherungsaufsicht angestrengt wurde oder eine gerichtliche Klärung der Angelegenheit stattfindet oder stattgefunden hat. Täglich gehen durchschnittlich 25 telefonische Anfragen beim Ombudsmann ein. Viele Probleme können bereits auf diesem Weg gelöst werden.

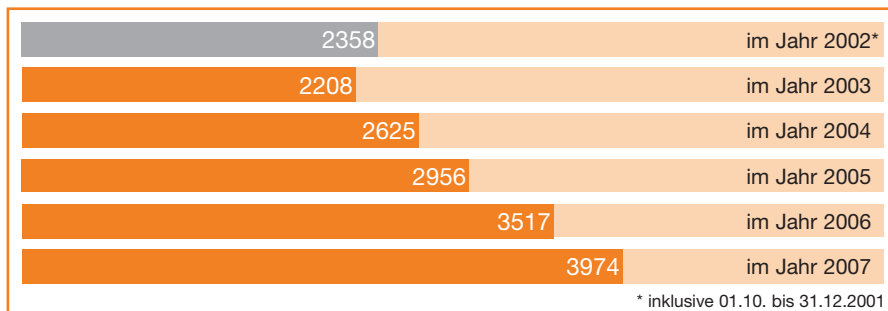
Der stete Anstieg der Beschwerdezahlen ist zum einen auf den steigenden Bekanntheitsgrad des Ombudsmanns zurückzuführen. In den Medien wird häufig über seine erfolgreiche Tätigkeit – ebenso wie über andere außergerichtliche Schlichtungsstellen – berichtet. Auch die Übergabe des Amtes von Herrn Surminski an Herrn Dr. Müller wurde mit großem Interesse verfolgt. Keine nennenswerten Auswirkungen auf die Zahl der Beschwerdeeingänge hatten bislang jedoch Beschwerden über Versicherungsvermittler und -berater.

Zum anderen bemerkt der Ombudsmann eine strengere Regulierungspraxis bei den Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Aufgrund der rasant steigenden Gesundheitskosten ist es den Versicherern nicht mehr möglich, Kulanzleistungen in dem Umfang zu erbringen, wie dies noch vor einigen Jahren der Fall war.

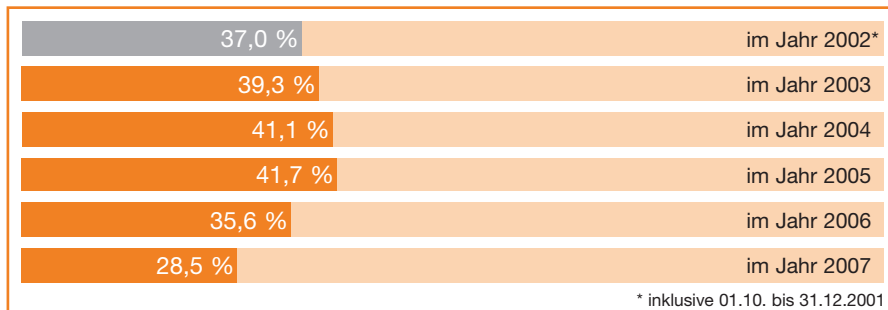
Die Verteilung des Beschwerdeaufkommens ist über die Jahre stets gleich geblieben. Im Mittelpunkt des Gesche-

Beschwerdezahlen

Entwicklung des Beschwerdeaufkommens

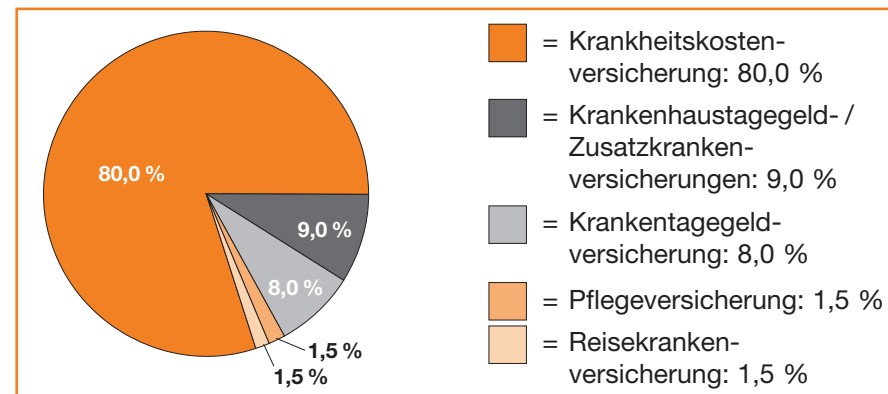


Entwicklung der Erfolgsquote



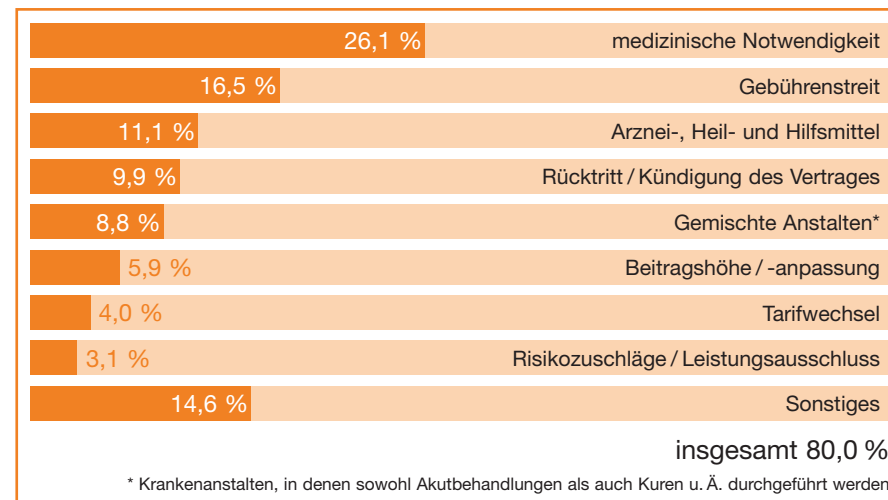
hens steht nach wie vor die Krankheitskostenvollversicherung. Auf sie entfielen 80 % aller Eingaben. 9 % der Beschwerden betrafen Zusatz- und Krankenhaustagegeldversicherungen. Auf die Krankentagegeldversicherung entfielen 8 %. Die übrigen Versicherungsarten wie Reisekrankenversicherung und Pflegeversicherung traten nur wenig in Erscheinung.

Verteilung des zulässigen Beschwerdeaufkommens 2007

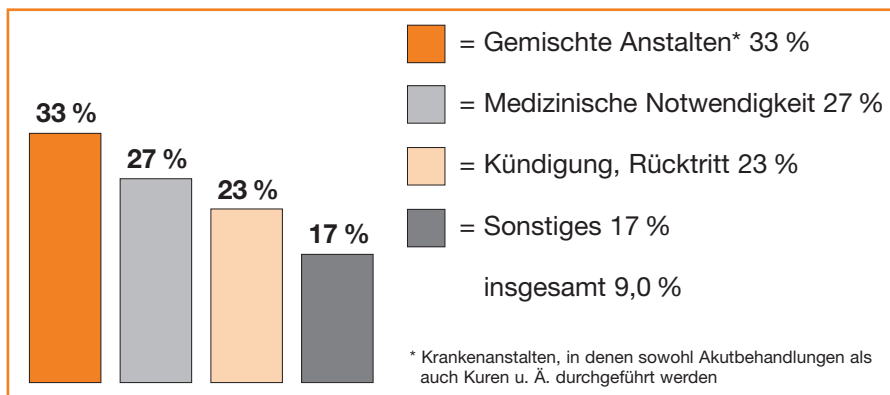


Prozentuale Verteilung der zulässigen Beschwerden

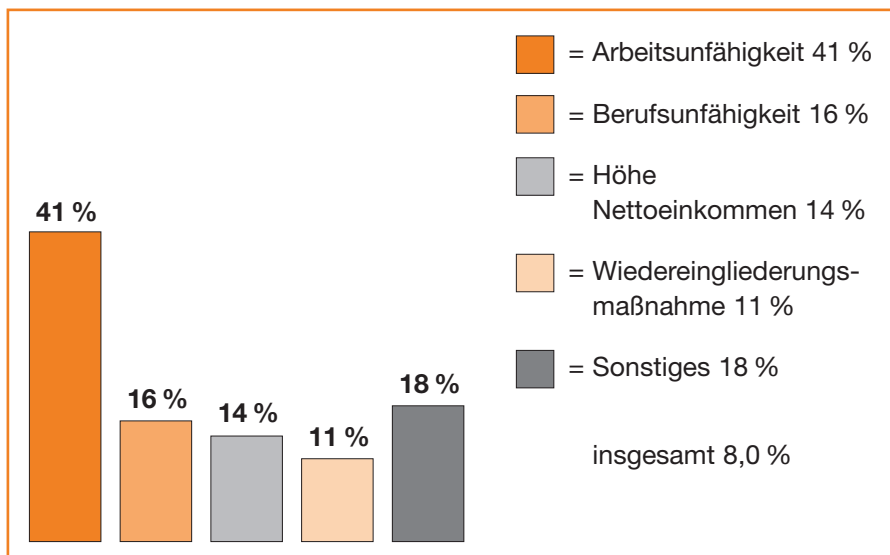
Krankheitskostenversicherung



Krankenhaustagegeldversicherung / Zusatzkrankenversicherung



Krankentagegeldversicherung

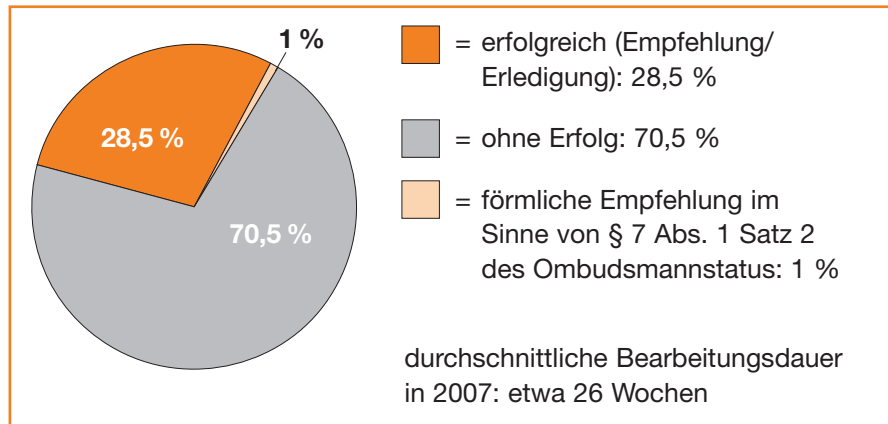


Der Ombudsmann sieht seine Aufgabe darin, Streit zu schlichten und sachgerechte Kompromisse zu suchen. Im Bereich der privaten Krankenversicherung kommt es mehr noch als in vielen anderen Versicherungssparten darauf an, die Vertrauensgrundlage im regelmäßig langfristig angelegten Vertragsverhältnis aufrecht zu erhalten. Deshalb ist der Ombudsmann bemüht, den Versicherten die rechtlichen Hintergründe verständlich darzustellen und auf diese Weise für Transparenz zu sorgen. Die juristische Vorprüfung steht daher stets an erster Stelle. Doch ist mit dem Ergebnis dieser Prüfung – in der Regel geht sie zugunsten des Versicherers aus – das Verfahren nicht abgeschlossen. Der Ombudsmann versucht, in jenen Fällen Kompromisse zu erreichen, in denen ihm das formaljuristisch Richtige unbillig erscheint.

Die Unternehmen tragen diese Sicht der Dinge mit. Auch sie haben erkannt, dass rein juristische Entscheidungen Entweder-Oder-Urteile sind und oft unbefriedigend ausfallen, da es in der Krankenversicherung häufiger auf ein Sowohl-als-auch ankommt und eine exakte juristische Abgrenzung bestimmter Begriffe (z. B. medizinische Notwendigkeit, Auslegung der Gebührenordnungen) nur schwer möglich ist. Da die Unternehmen oftmals nicht von sich aus Vergleichslösungen anbieten können, eröffnet die Ombudsstelle ihnen und den Versicherungsnehmern eine Plattform, Mittelwege einzuschlagen und Kompromisse zu suchen, um gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und zu einem guten Einvernehmen zurückzukehren. Diese Schiedsfunktion der Ombudsstelle wird von den Unternehmen akzeptiert. Noch ausgeprägter ist diese Haltung bei den Ver-

Schlichtungserfolge

Abgeschlossene Fälle in 2007: 2.812



sicherungsnehmern. Ihnen ist häufig schon geholfen, wenn sie einen Teilerfolg erzielen oder ihnen die überwiegend rechtlichen Zusammenhänge in verständlicher Sprache erklärt werden.

Rückläufige Erfolgsquote

Im Jahr 2007 endeten 28,5 % aller Eingaben mit einem vollständigen oder teilweisen Erfolg der Beschwerdeführer. Das ist wiederum ein deutlicher Rückgang gegenüber gut 35 % des Vorjahres. Diese Entwicklung zeichnete sich in den vergangenen zwei Jahren bereits ab. Hintergrund ist nicht etwa eine abnehmende Einigungsbereitschaft der Versicherer. Vielmehr sind zahlreiche Sachverhalte im Laufe der Jahre zwischen Unternehmen und Ombudsmann bereits geklärt worden. Hier kommt es gar nicht mehr zu Beschwerden, weil die Unternehmen sich von vorneherein im Sinne des Ombudsmannes verhalten. Die Erfolgsquote muss zudem

vor dem Hintergrund gesehen werden, dass der Ombudsmann der PKV keine Möglichkeit hat, verbindliche Entscheidungen zu treffen und dass mehrere Beschwerdebereiche (z. B. Beitragsanpassungen) von Natur aus „erfolglos“ bleiben müssen.

Die Zahl von 28,5 % der für den Versicherungsnehmer erfolgreichen Fälle bedeutet nicht, dass sie hier stets Recht hatten. Häufig beruht der positive Ausgang auf einem Entgegenkommen der Versicherungsunternehmen und dokumentieren damit deren Kooperationsbereitschaft. Selbst bei eindeutiger Rechtslage zugunsten der Versicherer werden gelegentlich entgegenkommende Angebote gemacht. Häufig geschieht das schon in der ersten Stellungnahme des Versicherers zur Beschwerde. Zu weiteren Kompromissangeboten kommt es dann auf Anraten des Ombudsmannes.

Förmliche Empfehlungen

Die eigentlichen Konfliktfälle zwischen Ombudsmann und Versicherer sind die, die zu einer förmlichen Empfehlung des Ombudsmannes gemäß § 7 Abs. 1 des Statuts führen. Ihnen gehen Verhandlungen zwischen dem Ombudsmann und dem Versicherer voraus. Wenn dieser nicht bereit ist, den Vorstellungen des Ombudsmannes hinsichtlich eines Kompromisses zu folgen, kommt es zur förmlichen Empfehlung, die das Verfahren abschließt und die auch dem Versicherungsnehmer zugänglich und damit öffentlich wird. Die meisten förmlichen Empfehlungen werden vom Versicherer akzeptiert. Auch der weitere Rückgang förmlicher Empfehlungen von 34 in 2006 auf 27 in 2007 ist ein Indiz für die kompromissbereite Zusammenarbeit der Unternehmen mit dem Ombudsmann.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Behandlung in der Schweiz

Ein gesetzlich krankenversichertes Ehepaar unterhielt seit vierzig Jahren eine Zusatzversicherung für Wahlleistungen im Krankenhaus. Da die Versicherten nahe der deutsch-schweizerischen Grenze lebten, gingen sie zur Krankenhausbehandlung regelmäßig in eine Klinik nach Basel. Der Krankenversicherungsschutz schließt Auslandsbehandlungen grundsätzlich ein, so dass der Versicherer für die Behandlung in der Schweiz die tarifmäßigen Leistungen erbrachte.

Nach vierzig Jahren teilte der Versicherer dem Ehepaar mit, dass die Gesundheitskosten in der Schweiz übermäßig angestiegen seien und man nicht mehr bereit sei, die erhöhten Kosten in der Schweiz zu übernehmen. Die Versicherten hätten eine Schadenminderungspflicht und müssten künftig ein Krankenhaus auf der deutschen Seite der Grenze aufsuchen. Falls die Versicherten unbedingt ihre Behandlungen in der Schweiz fortsetzen wollten, müssten sie einen Beitragszuschlag von 30 % zahlen.

Der grundsätzlich gegebene Krankenversicherungsschutz für Auslandsbehandlungen ist dann in Frage gestellt, wenn die Versicherten aus sachfremden Erwägungen die Behandlung ins Ausland verlegen. Damit soll vor allem vermieden werden, dass die Versicherten Urlaub und Krankenbehandlung im Ausland miteinander verknüpfen. In solchen Fällen hat der Versicherungsnehmer tatsächlich eine Schadenminderungspflicht; er muss die Behandlung dort durchführen, wo es am kostengünstigsten ist. Im vorliegenden Fall konn-

te der Ombudsmann keine sachfremden Erwägungen feststellen. Die unmittelbare Nähe zu Basel ließ es angebracht erscheinen, dort die Behandlungen durchzuführen. Auch konnte der Versicherer, nachdem er vierzig Jahre lang das Argument der Schadenminderungspflicht nicht verwendet, sondern uneingeschränkt geleistet hatte, sich nun nicht für weitere Behandlungen auf die Schadenminderungspflicht berufen. Der Ombudsmann empfahl, den Vertrag ohne 30 %igen Beitragszuschlag fortzusetzen und wie bisher Leistungen auch für Krankenhausbehandlungen in Basel zu erbringen. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung.

Private Entbindung

Eine privat krankenversicherte Frau stellte aufgrund ihrer Schwangerschaft ihr Arbeitsverhältnis auf Teilzeitarbeit um. Dadurch wurde sie in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Von der Möglichkeit, die Privatversicherung zum Eintritt der Versicherungspflicht zu kündigen, machte sie keinen Gebrauch. Sie wollte vielmehr Schwangerschaft und Entbindung noch über die Privatversicherung abrechnen. Erst nachdem das Kind geboren war, nutzte sie die Kündigungsalternative wegen Pflichtversicherung. Sie kündigte die Privatversicherung zum Ende des Monats, in dem die Pflichtversicherung nachgewiesen wurde. Der Versicherer hielt das für eine unzulässige Manipulation und weigerte sich, die außerordentliche Kündigung zum Ende des Monats, in dem das Kind geboren worden war, zu bestätigen. Der Ombudsmann empfahl, die Kündigung anzuerkennen. Für den Fall des Eintritts von Versicherungspflicht hat der Versicherungsnehmer zwei Alternativen, um die Privat-

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

versicherung zu kündigen. Er kann innerhalb von zwei Monaten zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht kündigen; nach Ablauf der zwei Monate kann er kündigen zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht nachgewiesen wird. Der Ombudsmann hielt beide Kündigungsalternativen für gleichberechtigt. Es liege im Ermessen des Versicherungsnehmers, welche Kündigung er wählen wolle. Der Versicherer folgte der Empfehlung nicht.

Kinderwunsch mit ungeklärter Fertilitätsstörung

Ein privat versichertes Ehepaar wollte eine Kinderwunschbehandlung auf Kosten der Krankenversicherung durchführen. Ehefrau und Ehemann waren allerdings bei unterschiedlichen Privatversicherern versichert. Der Versicherer der Ehefrau erklärte, dass die Fertilitätsstörung beim Ehemann liege, die Kinderwunschbehandlung also von der Versicherung des Ehemannes zu tragen sei. Der Versicherer des Ehemannes sah die Ursache für den nicht erfüllten Kinderwunsch dagegen bei der Frau. Keiner der beiden Versicherer erklärte sich bereit, die Kosten für die Kinderwunschbehandlung zu übernehmen. Der Ombudsmann empfahl beiden Versicherern, gemeinschaftlich die Kosten der Kinderwunschbehandlung zu tragen und sich dann im Innenverhältnis über die Aufteilung der Kosten zu einigen. Es könne nicht sein, dass Eheleute deshalb schlechter behandelt werden, weil sie ihren Versicherungsschutz bei verschiedenen Privatversicherern unterhalten. Wären beide Eheleute bei einem Versicherer versichert gewesen, wäre die Leistung für die Kinderwunschbehandlung zu erbringen gewesen. Die Versicherer einigten sich auf eine anteilige Kostenerstattung.

Dauertherapie

Eine privat krankenversicherte Lehrerin unterzog sich seit vielen Jahren wegen „Verspannungen der Nacken- / Schultermuskulatur und Schmerzsymptomatik der Wirbelsäule“ einer physikalischen Therapie mit Krankengymnastik, manueller Therapie und Massagen. Der Versicherer erstattete die Kosten. Nach mehreren Jahren kam er zu der Überzeugung, dass die Behandlungen, die in sehr kurzen Zeitabständen, teilweise täglich, stattfanden, zur Dauertherapie geworden waren. Eine Dauerbehandlung sei nicht medizinisch notwendig. Er verweigerte die vollständigen Leistungen und wollte nur noch dreimal acht Behandlungen pro Kalenderjahr übernehmen. Ziel jeder Behandlung sei es, die Patientin durch sachkundige Anleitung dahin zu bringen, die regelmäßige Krankengymnastik in Eigenregie durchzuführen. Die zugesagten dreimal acht Übungseinheiten jährlich dienten dazu, das Übungsprogramm aufzufrischen und zur Kontrolle, ob sich bei den Übungen Fehler eingeschlichen hätten. Die Versicherte verlangte weiterhin volle Erstattung aller krankengymnastischen Leistungen des Therapeuten und erhob Beschwerde beim Ombudsmann. Der Beschwerde konnte nicht abgeholfen werden.

Keine Beitragsrückerstattung

Ein Versicherungsnehmer wurde schwer verletzt, als er einem älteren Mann helfen wollte, der von zwei Gewalttätern angegriffen wurde. Die Behandlungskosten zahlte der Versicherer. Wegen der Kosten verlor der Versicherungsnehmer seinen Anspruch auf Beitragsrückerstattung, da er in der

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

fraglichen Zeit die Rechnungen wegen der Körperverletzung eingereicht hatte. Er verlangte von dem Versicherer die Auszahlung der Beitragsrückerstattung, da es durch Fremdverschulden zu diesen Kosten gekommen sei und er darauf keinen Einfluss nehmen konnte. Der Versicherer könne ja, so der Versicherungsnehmer, die Beitragsrückerstattung von den Tätern zurückfordern. Der Versicherer lehnte die Auszahlung von Beitragsrückerstattung ab. Die Beitragsrückerstattung hänge allein davon ab, dass der Versicherungsnehmer in dem fraglichen Zeitraum keine Rechnungen eingereicht habe, die Motive, warum Kosten entstanden, könnten dabei keine Rolle spielen. Der Ombudsmann konnte dem Versicherungsnehmer nicht weiterhelfen und empfahl ihm, die entgangene Beitragsrückerstattung gegenüber den Tätern geltend zu machen.

Down-Syndrom

Ein privat krankenversichertes Ehepaar erwartete ein Kind. Der Vater des Kindes hat einen Bruder mit einem behinderten Kind, das mit dem sogenannten Down-Syndrom lebt. Aus Sorge, diese Krankheit könnte erblich sein und auch sein Kind betreffen, ließ er eine gentechnische Untersuchung vornehmen. Die Kosten dafür verlangte er von dem Krankenversicherer erstattet. Dieser berief sich darauf, dass die Untersuchung nicht medizinisch notwendig gewesen sei und verweigerte die Leistung. Der Ombudsmann vertrat auch die Auffassung, dass generell gentechnische Untersuchungen bei Schwangerschaften nicht medizinisch notwendig seien. Bei einer sehr nahen Verwandtschaft mit einem behinderten Kind kann die Sorge um die Gesundheit des zu

erwartenden Kindes durchaus aber einen Krankheitswert haben. Der Ombudsmann hielt in diesem Falle die gentechnische Untersuchung für medizinisch notwendig und empfahl dem Versicherer, entsprechende Leistungen zu erbringen. Der Versicherer folgte diesem Vorschlag.

Unterbrochener Auslandsaufenthalt

Eine Beschwerdeführerin schloss eine Auslandsreisekrankenversicherung für einen Zeitraum von 36 Monaten ab. Die Reisekrankenversicherung sah für den Fall der vorübergehenden Unterbrechung des Aufenthalts vor, dass auch im Inland für akut eintretende Versicherungsfälle Versicherungsschutz besteht, längstens aber für drei Monate. Die Versicherungsbedingungen regelten, dass das Versicherungsverhältnis endet, wenn innerhalb der drei Monate nach Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes eine Wiederausreise nicht erfolgt. Die Versicherungsnehmerin kehrte am 15.11.2006 ins Inland zurück. Obwohl ursprünglich die Ausreise am 03.01.2007 geplant war, musste die Beschwerdeführerin aufgrund einer Risikoschwangerschaft ab dem 30.12.2006 bis 15.03.2007 stationär behandelt werden. Der Versicherer berief sich zunächst auf die Beendigung der Versicherung nach Ablauf der drei Monate zum 14.02.2007 und lehnte darüber hinaus eine Kostenerstattung ab. Der Ombudsmann hatte aufgrund des Notfalls im Zusammenhang mit der Risikoschwangerschaft und der hierdurch nicht möglichen Ausreise die vollständige Erstattung der Krankenhausrechnung empfohlen. Dieser Empfehlung kam der Versicherer nach.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Vollnarkose als Zahnbehandlung

Die minderjährige Tochter einer Versicherungsnehmerin ließ sich alle vier Weisheitszähne ziehen. Die dafür erforderliche Vollnarkose wurde vom Krankenversicherer aus dem Tarif für ambulante Heilbehandlungen und nicht aus dem „Zahntarif“ erstattet. Diese Vorgehensweise hatte für die Versicherungsnehmerin den Nachteil, dass der im Ambulanttarif vereinbarte Selbstbehalt zum Tragen kam. Der „Zahntarif“ hingegen beinhaltete keine Vereinbarung über einen Selbstbehalt.

Die Versicherungsnehmerin vertrat die Auffassung, dass die Vollnarkose aus dem Zahntarif zu erstatten sei, da diese Leistung im unmittelbaren Zusammenhang zur Extraktion der Zähne stand und diesem Ziel diene. Der Krankenversicherer lehnte eine Erstattung aus dem Zahntarif jedoch mit der Begründung ab, dass es sich bei der Vollnarkose um eine rein ärztliche Leistung handelt, welche ausschließlich nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet wird. Der Ombudsmann schloss sich unter Berufung auf ein Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf der Auffassung der Versicherungsnehmerin an. Danach ist für die Zuordnung einer ärztlichen Leistung zum jeweiligen Tarif ausschlaggebend, welchem Behandlungsziel der Eingriff diene, und nicht, nach welcher Gebührenordnung abgerechnet wird. Der Ombudsmann empfahl dem Krankenversicherer, die Kosten zu erstatten. Der Versicherer folgte der Empfehlung.

Krebsdiagnose während Zahlungsverzug

Ein freiberuflich tätiger Versicherungsnehmer hatte drei Monate lang seine Versicherungsbeiträge nicht gezahlt, weil er sich in Zahlungsschwierigkeiten befand. Als bei ihm ein bereits sehr fortgeschrittener Krebs diagnostiziert wurde, beglich er umgehend die rückständigen Beträge und begann eine Strahlentherapie, die gut anschlug. Der Versicherer lehnte jegliche Kostenerstattung unter Hinweis auf den Zahlungsverzug, innerhalb dessen für neu eingetretene Versicherungsfälle keine Leistungspflicht besteht, ab. Mangels Kostenzusage wurde die Therapie anschließend abgebrochen. Der Zustand des 52-jährigen Versicherungsnehmers verschlechterte sich zunehmend, er wog zuletzt noch 36 kg und musste umgehend behandelt werden. Obwohl die Haltung des Versicherers rechtlich nicht zu beanstanden war, setzte der Ombudsmann sich beim Versicherer für eine volle Kostenübernahme ein, da es tatsächlich „um Leben und Tod“ ging. Der Versicherer lenkte ein und übernahm die Kosten auf freiwilliger Basis.

„Gedehnter Versicherungsfall“

Im Jahr 2005 gab eine Antragstellerin für den Abschluss einer Zahnzusatzversicherung fehlende Zähne an, die ihr bereits vor mehr als fünf Jahren gezogen worden waren. Der Versicherer nahm den Antrag einschränkungslos an, ohne darauf hinzuweisen, dass für den Ersatz der fehlenden Zähne kein Versicherungsschutz besteht (sog. „gedehnter Versicherungsfall“). Als die Versicherungsnehmerin ein Jahr

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

später einen Heil- und Kostenplan für eine Implantatbehandlung im Unterkiefer einreichte, lehnte der Versicherer eine Kostenübernahme ab, weil der Versicherungsfall bereits vor Abschluss der Versicherung eingetreten war. Gegen diese Entscheidung wandte sich die Versicherungsnehmerin.

Auch der Ombudsmann hatte Bedenken, jede Zahnextraktion automatisch als Beginn eines neuen Versicherungsfalles anzusehen. Vor allem bei zeitlich weit zurückliegenden Extraktionen sei der Zusammenhang kaum noch gegeben. Umso wichtiger findet es der Ombudsmann, dass die Versicherer ihre Kunden bei Vertragsschluss ausdrücklich und möglichst schriftlich auf die Problematik des gedehnten Versicherungsfalles hinweisen. Darüber hinaus hat der Ombudsmann bei seiner abschließenden Entscheidung berücksichtigt, dass der Versicherer jedenfalls die Möglichkeit gehabt hätte, für die fehlenden Zähne einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag zu vereinbaren. Durch die vorbehaltlose Annahme des Vertrags habe er die Versicherungsnehmerin in ihrem Irrtum bestärkt, dass alle fehlenden Zähne versichert seien. Daher empfahl der Ombudsmann, die tarifgemäßen Leistungen für die streitige Zahnbehandlung zu erbringen. Der Versicherer akzeptierte diesen Schiedsspruch.

Krankentagegeld und Wiedereingliederungsmaßnahme

Die Beschwerdeführerin hatte im Anschluss an eine mehrwöchige krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit an einer Wiedereingliederungsmaßnahme nach dem sog. „Hamburger Modell“ teilgenommen. Für die Dauer dieser Maßnahme begehrte sie Leistungen aus ihrer Krankentagegeldversiche-

rung. Im Rahmen der Wiedereingliederung arbeitete die Beschwerdeführerin für einige Tage vier Stunden pro Tag, sodann für einige Tage sechs Stunden pro Tag, um im Anschluss wieder vollzeitig mit acht Stunden pro Tag Ihren Beruf auszuüben. Diese Wiedereingliederungsmaßnahme begann zeitgleich mit dem Auslaufen der vertraglich vereinbarten Karenzzeit. Da im Rahmen der Wiedereingliederungsmaßnahme wieder stundenweise gearbeitet würde, vertrat der Versicherer den Standpunkt, es läge keine einhundertprozentige Arbeitsunfähigkeit mehr vor und zahlte kein Krankentagegeld. Hiergegen wandte sich die Beschwerdeführerin. Der Ombudsmann schlug eine vermittelnde Lösung vor: Da die Durchführung der Wiedereingliederungsmaßnahme und die damit verbundene Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auch im Interesse des Versicherers liegt, empfahl er das Krankentagegeld anteilig im Verhältnis zu den tatsächlich gearbeiteten Stunden zu zahlen, d.h., für die Tage, an denen vier Stunden gearbeitet wurde, zu 50 %, für die Tage, an denen sechs Stunden gearbeitet wurde, zu 25 %. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung.

Kinderwunschbehandlung und Embryonenschutzgesetz

Die Beschwerdeführerin ließ eine künstliche Befruchtung in Tschechien durchführen und verlangte die hierfür aufgewendeten Kosten von ihrer Krankenversicherung erstattet. Sie meinte, nach den Versicherungsbedingungen müsse der Versicherer grundsätzlich für Heilbehandlungen in Europa einstehen. Allerdings stellte sich heraus, dass die Behandlung in dem tschechischen Institut nicht dem deutschen Embryonenschutzgesetz entsprach. Das Embryonenschutz-

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

gesetz verbietet die Kultur von mehr als drei Vorkerneizellen. Die gewählte Einrichtung wirbt jedoch damit, dass im Rahmen einer dort stattfindenden Behandlung alle Vorkerneizellen kultiviert werden und weist auf der eigenen Homepage auch darauf hin, dass dies dem deutschen Embryonenschutzgesetz widerspricht. Der Ombudsmann vertrat die Ansicht, dass für die Behandlung kein Erstattungsanspruch besteht. Das Versicherungsverhältnis unterliegt ausweislich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen deutschem Recht. Hieraus ergibt sich, dass nach deutschem Recht rechtswidrige Behandlungen nicht unter Versicherungsschutz stehen. Es kann auch nicht Aufgabe des privaten Krankenversicherers sein, eine Behandlung zu finanzieren, die im Falle einer Behandlung im Inland zur Strafbarkeit der behandelnden Ärzte führen würde. Allerdings hatte die Beschwerdeführerin vor Durchführung der Behandlung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Behandlung in Tschechien stattfinden würde und war von dem Versicherer nicht auf die Konsequenzen hingewiesen worden. Der Versicherer bot daher von sich aus eine hälftige Kulanzzahlung an. Der Ombudsmann empfahl der Beschwerdeführerin, das Angebot des Versicherers anzunehmen.

Kinderbetreuungskosten

Der Ehemann einer Beschwerdeführerin wurde in einen unverschuldeten Verkehrsunfall verwickelt und erheblich verletzt. Die selbst berufstätige Beschwerdeführerin musste daher eine alternative Kinderbetreuung organisieren und verlangte die hierdurch entstandenen Kosten von der privaten Krankenversicherung des Ehemannes ersetzt. Der

Ombudsmann konnte hier nicht weiterhelfen. Kinderbetreuungskosten, auch wenn diese krankheitsbedingt anfallen, stehen grundsätzlich nicht unter Versicherungsschutz. Dies widerspricht dem Sinn und Zweck der privaten Krankenversicherung als Krankheitskostenversicherung. Der Ombudsmann empfahl der Beschwerdeführerin, die Kinderbetreuungskosten ggf. als Schadensersatz gegenüber dem Unfallverursacher geltend zu machen.

Mitgliedsunternehmen

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München
Postanschrift: 80291 München
Tel.: (089) 67 85-0
Fax: (089) 67 85-65 23
www.gesundheit.allianz.de
service.apkv@allianz.de

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Moorgärten 12-14, 49377 Vechta
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
Tel.: (04441) 9 05-0
Fax: (04441) 9 05-4 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Moorgärten 12-14, 49377 Vechta
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
Tel.: (04441) 9 05-0
Fax: (04441) 9 05-4 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de

ARAG Krankenversicherungs-AG

Prinzregentenplatz 9, 81675 München
Postanschrift: Postfach 86 01 29,
81628 München
Tel.: (089) 41 24-02
Fax: (089) 41 24-25 25
www.arag.de
service@arag.de

AXA Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Postanschrift: 50592 Köln
Tel.: (0221) 1 48-1 25
Fax: (0221) 1 48-3 62 02
www.axa-kranken.de
service@axa-kranken.de

Barmenia Krankenversicherung a.G.

Kronprinzenallee 12-18, 42119 Wuppertal
Postanschrift: 42094 Wuppertal
Tel.: (0202) 4 38-00
Fax: (0202) 4 38-28 46
www.barmenia.de
info@barmenia.de

Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Warngauer Straße 30, 81539 München
Postanschrift: Maximilianstraße 53,
81537 München
Tel.: (089) 21 60-0
Fax: (089) 21 60-27 14
www.vkb.de
service@vkb.de

BBV-Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Thomas-Dehler-Straße 25, 81737 München
Postanschrift: 81732 München
Tel.: (089) 67 87-0
Fax: (089) 67 87-91 50
www.bbv.de
krankenversicherung@bbv.de

Central Krankenversicherung AG

Hansaring 40-50, 50670 Köln
Postanschrift: 50593 Köln
Tel.: (0221) 16 36-0
Fax: (0221) 16 36-2 00
www.centrankv.de
info@central.de

CONCORDIA Krankenversicherungs- Aktiengesellschaft

Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover
Postanschrift: 30621 Hannover
Tel.: (0511) 57 01-0
Fax: (0511) 57 01-19 05
www.concordia.de
kv@concordia.de

Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44118 Dortmund
Tel.: (0231) 9 19-0
Fax: (0231) 9 19-29 13
www.continentale.de
info@continentale.de

DBV-Winterthur Krankenversicherung AG

Frankfurter Straße 50, 65189 Wiesbaden
Postanschrift: 65178 Wiesbaden
Tel.: (0611) 3 63-0
Fax: (0611) 3 63-40 15
www.dbv.de
info@dbv-winterthur.de

Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18,
56073 Koblenz
Postanschrift: 56058 Koblenz
Tel.: (0261) 4 98-0
Fax: (0261) 4 14 02
www.debeka.de
info@debeka.de

DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G.

Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg
Tel.: (040) 35 99-0
Fax: (040) 35 99-22 81
www.deutscherring.de
service@deutscherring.de

DEVK Krankenversicherungs- Aktiengesellschaft

Riehler Straße 190, 50735 Köln
Postanschrift: 50729 Köln
Tel.: (0221) 7 57-0
Fax: (0221) 7 57-22 00
www.devk.de
info@devk.de

DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Aachener Straße 300, 50933 Köln
Postanschrift: 50594 Köln
Tel.: (0221) 5 78-0
Fax: (0221) 5 78-36 94
www.dkv.com
kunden-center@dkv.com

DÜSSELDORFER VERSICHERUNG Krankenversicherungsverein a.G.

Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
Postanschrift: Postfach 10 33 64,
40024 Düsseldorf
Tel.: (0211) 35 59 00-0
Fax: (0211) 35 59 00-20
www.duesseldorfer-versicherung.de
service@duesseldorfer-versicherung.de

ENVIVAS Krankenversicherung AG

Gereonswall 68, 50670 Köln
Tel.: (01802) 58 96 32
Fax: (0221) 16 36-25 61
www.envivas.de
info@envivas.de

EUROPA Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Piusstraße 137, 50931 Köln
Postanschrift: 50595 Köln
Tel.: (0221) 57 37-01
Fax: (0221) 57 37-2 01
www.europa.de
info@europa.de

Mitgliedsunternehmen

FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG

Friedrich-Ebert-Anlage 3, 60327 Frankfurt
Postanschrift: Postfach 11 07 52,
60042 Frankfurt
Tel.: (069) 9 74 66-0
Fax: (069) 9 74 66-1 30
www.famk.de
info@famk.de

Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
Postanschrift: 50598 Köln
Tel.: (0221) 3 08-00
Fax: (0221) 3 08-1 03
www.gothaer.de
info@gothaer.de

HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart
Postanschrift: 70166 Stuttgart
Tel.: (0711) 66 03-0
Fax: (0711) 66 03-2 90
www.hallesche.de
service@hallesche.de

HanseMerkur Krankenversicherung aG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20352 Hamburg
Postanschrift: 20354 Hamburg
Tel.: (040) 41 19-0
Fax: (040) 41 19-32 57
www.hansemerkur.de
info@hansemerkur.de

HanseMerkur Speziale Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20352 Hamburg
Postanschrift: 20354 Hamburg
Tel.: (040) 41 19-0
Fax: (040) 41 19-32 57
www.hansemerkur.de
info@hansemerkur.de

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

Willi-Hussong-Straße 2, 96447 Coburg
Postanschrift: 96444 Coburg
Tel.: (09561) 96-0
Fax: (09561) 96-36 36
http://www.huk.de
E-Mail: info@huk-coburg.de

INTER Krankenversicherung a.G.

Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim
Postanschrift: Postfach 10 16 62,
68016 Mannheim
Tel.: (0621) 4 27-0
Fax: (0621) 4 27-9 44
www.inter.de
info@inter.de

KarstadtQuelle Krankenversicherung AG

Nürnberger Straße 91-95, 90758 Fürth
Tel.: (0911) 1 48-01
Fax: (0911) 1 48-17 00
www.kqv.de
info@kqv.de

Kranken- und Sterbekasse „Mathilde“ Hainstadt VVaG

Ernst-Ludwig-Straße 6, 63512 Hainburg
Postanschrift: Postfach 45 00,
63509 Hainburg
Tel.: (06182) 47 29
mathilde@tuc-kunden.de

Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)

Karl-Wiechert-Allee 60 b, 30625 Hannover
Tel.: (0511) 9 12-16 80 oder 13 15
Fax: (0511) 9 12-16 82
www.kuk-bf-hannover.de
info@kuk-bf-hannover.de

Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg
Postanschrift: 21332 Lüneburg
Tel.: (04131) 7 25-0
Fax: (04131) 40 34 02
www.lkh.de
info@lkh.de

LIGA Krankenversicherung katholischer Priester V.V.a.G.

Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3,
93055 Regensburg
Postanschrift: 93042 Regensburg
Tel.: (0941) 40 95-0
Fax: (0941) 40 95-1 15

LVM Krankenversicherungs-AG

Kolde-Ring 21, 48151 Münster
Postanschrift: 48126 Münster
Tel.: (0251) 7 02-0
Fax: (0251) 7 02-10 99
www.lvm.de
info@lvm-krankenversicherung.de

Mannheimer Krankenversicherung AG

Augusta-Anlage 66, 68165 Mannheim
Postanschrift: 68127 Mannheim
Tel.: (0621) 4 57-0
Fax: (0621) 4 57-42 43
www.mannheimer.de
service@mannheimer.de

Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG

Berckhusenstraße 146, 30625 Hannover
Postanschrift: Postfach 61 04 80,
30604 Hannover
Tel.: (0511) 53 51-0
Fax: (0511) 53 51-4 44
www.mecklenburgische.de
service@mecklenburgische.de

MÜNCHENER VEREIN

Krankenversicherung a.G.

Pettenkoferstraße 19, 80336 München
Postanschrift: 80283 München
Tel.: (089) 51 52-0
Fax: (089) 51 52-15 01
www.muenchener-verein.de
info@muenchener-verein.de

NÜRNBERGER

KRANKENVERSICHERUNG AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg
Postanschrift: 90334 Nürnberg
Tel.: (0911) 5 31-0
Fax: (0911) 5 31-32 06
www.nuernberger.de
info@nuernberger.de

PAX-FAMILIENFÜRSORGE

Krankenversicherung AG

Doktorweg 2-4, 32756 Detmold
Tel.: (05231) 9 75-0
Fax: (05231) 9 75-1 02
www.familienfuersorge.de
info@familienfuersorge.de

Provinzial Krankenversicherung Hannover AG

Schiffgraben 4, 30159 Hannover
Postanschrift: 30140 Hannover
Tel.: (0511) 3 62-0
Fax: (0511) 3 62-29 60
www.vgh.de
service@vgh.de

R + V Krankenversicherung AG

Taanusstraße 1, 65193 Wiesbaden
Postanschrift: 65181 Wiesbaden
Tel.: (0611) 5 33-0
Fax: (0611) 5 33-45 00
www.ruv.de
ruv@ruv.de

SIGNAL Krankenversicherung a.G.

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44121 Dortmund
Tel.: (0231) 1 35-0
Fax: (0231) 1 35-46 38
www.signal.de
info@signal-iduna.de

SONO Krankenversicherung a.G.

Hans-Böckler-Straße 51, 46236 Bottrop
Tel.: (02041) 18 22-0
Fax: (02041) 18 22-20
www.sonoag.de
info@sonoag.de

ST. MARTINUS Priesterverein der Diözese Rottenburg-Stuttgart - Kranken- und Sterbekasse (KSK) - V.V.a.G.

Hohenzollernstraße 23, 70178 Stuttgart
Tel.: (0711) 60 07 38
Fax: (0711) 6 07 44 12
www.stmartinusvvag.de
info@stmartinusvvag.de

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach
Postanschrift: Postfach 19 23, 70709 Fellbach
Tel.: (0711) 57 78-0
Fax: (0711) 57 78-7 77
www.sdk.de
sdk@sdk.de

UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT

Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken
Postanschrift: 66099 Saarbrücken
Tel.: (0681) 8 44-70 00
Fax: (0681) 8 44-25 09
www.ukv.de
service@ukv.de

uniVersa Krankenversicherung a.G.

Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg
Postanschrift: 90333 Nürnberg
Tel.: (0911) 53 07-0
Fax: (0911) 53 07-15 74
www.universa.de
info@universa.de

VICTORIA Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Victoriaplatz 2 / Eingang Fischerstraße 2, 40477 Düsseldorf
Postanschrift: 40198 Düsseldorf
Tel.: (0211) 4 77-0
Fax: (0211) 4 77-43 56
www.victoria.de
krankenversicherung@victoria.de

Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart
Postanschrift: 70163 Stuttgart
Tel.: (0711) 6 62-0
Fax: (0711) 6 62 - 25 20
www.wuerttembergische.de
krankenversicherung@wuerttembergische.de

Außerordentliches Mitglied:

Vereinigte Versicherungsgesellschaft von Deutschland

Friedrich-Bergius-Straße 9, 65203 Wiesbaden
Tel.: (0611) 2 38-0
Fax: (0611) 2 38-1 07
www.vereinigte.de
info@vereinigte.de

Verbundene Einrichtungen:

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Rödelheimer Straße 51, 60487 Frankfurt/Main
Postanschrift: Postfach 20 02 53, 60606 Frankfurt
Tel.: (069) 2 47 03-1 11
Fax: (069) 2 47 03-1 99
www.kvb.bund.de
auskunft.frankfurt@kvb.bund.de

Postbeamtenkrankenkasse

Maybachstraße 54/56, 70469 Stuttgart
Postanschrift: 70467 Stuttgart
Tel.: (0711) 13 56-0
Fax: (0711) 13 56-33 95
www.pbeakk.de
pr@pbeakk.de

Stand: Januar 2008

Anlaufstellen für Versicherte:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bankenaufsicht und Versicherungsaufsicht –

Graurheindorferstr. 108, 53117 Bonn
Postanschrift: Postfach 1303, 53003 Bonn
Tel.: (0228) 41 08-0
Fax: (0228) 41 08-15 50
www.bafin.de
poststelle@bafin.de

Bundesversicherungsamt (für die gesetzliche Krankenversicherung)

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn
Tel.: (0228) 6 19-0
Fax: (0228) 6 19-18 70
www.bundesversicherungsamt.de

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080 632
10006 Berlin
Tel.: (01804) 22 44 24 (24 Cent/Anruf)
Fax: (01804) 22 44 25
www.versicherungsombudsmann.de
beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Statut für den Ombudsmann

Zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen und ihren Versicherten hat der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. eine Ombudsmannstelle für Angelegenheiten der privaten Krankenversicherung eingerichtet und dieser die nachfolgenden Statuten gegeben:

§ 1 Allgemeines

(1) Es wird ein Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung berufen, nachfolgend als „der Ombudsmann“ bezeichnet. Der Ombudsmann, der männlichen oder weiblichen Geschlechts sein kann, wird vom Vorstand des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. auf Vorschlag der Verbandsgeschäftsführung berufen. Er hat seinen Sitz in Berlin.

(2) Als Ombudsmann soll eine Persönlichkeit berufen werden, die über die für die Ausübung des Amtes erforderliche Befähigung und über Erfahrungen im Bereich der privaten Krankenversicherung und im Gesundheitswesen verfügt. Der Ombudsmann darf nicht in der Krankenversicherungs- oder Versicherungsvermittlungsbranche oder in einem Beruf, der die Erbringung von Leistungen im Gesundheitswesen zum Gegenstand hat, arbeiten oder dort irgendeine Stellung bekleiden.

(3) Der Ombudsmann hat eine Geschäftsstelle. Deren Besetzung regelt er in Abstimmung mit der Geschäftsführung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.

§ 2 Aufgabe und Zuständigkeit des Ombudsmannes

(1) Der Ombudsmann hat die Aufgabe, im Fall von Beschwerden zwischen Versicherungsnehmern/Versicherten, Krankenversicherungsunternehmen (sowie in Ausnahmefällen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen) zu vermitteln und möglichst eine Versöhnung der Parteien herbeizuführen.

(2) Voraussetzung für sein Tätigwerden ist, dass der Beschwerdegegenstand sich auf eine private Kranken- oder Pflegeversicherung und die sich bei ihrer Durch-

führung ergebenden Fragen bezieht. Private Kranken- oder Pflegeversicherungen in diesem Sinne sind insbesondere die Krankheitskostenversicherung, die Krankenhaustagegeldversicherung, die Krankentagegeldversicherung und die Pflegekrankenversicherung einschließlich der privaten Pflegepflichtversicherung. Das betreffende Krankenversicherungsunternehmen muss Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sein. Der Ombudsmann kann nach vorheriger Rücksprache mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. auch entscheiden, andere Beschwerden zur Bearbeitung anzunehmen, sofern er nicht davon ausgehen muss, dass einer der Beteiligten die Vermittlung nicht wünscht.

(3) Der Ombudsmann behandelt eine Beschwerde nicht, wenn

- der Beschwerdegegenstand bereits bei einem Gericht anhängig ist, in der Vergangenheit anhängig war oder von dem Beschwerdeführer während des Schlichtungsverfahrens anhängig gemacht wird;
- die Streitigkeit durch außergerichtlichen Vergleich beigelegt ist;
- ein Antrag auf Prozesskostenhilfe abgewiesen worden ist, weil die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine Aussicht auf Erfolg bietet;
- die Angelegenheit bereits Gegenstand eines Verfahrens bei einer anderen Ombudsmannstelle oder ähnlichen Einrichtung oder der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (ehemals BAV) war oder während der Behandlung durch den Ombudsmann dort anhängig gemacht wird.

(4) Ergibt sich, dass neben oder anstatt des Ombudsmannes der privaten Krankenversicherung eine andere Einrichtung mit vergleichbaren Aufgaben zuständig ist, so entscheidet der Ombudsmann über eine Weitergabe an die entsprechende Stelle. Die Weitergabe kann auch an eine andere Ombudsmannstelle ins Ausland erfolgen. Die Parteien werden darüber rechtzeitig informiert. Die Abgabe unterbleibt insbesondere, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Beschwerdeführer eine Weitergabe nicht wünscht.

Statut für den Ombudsmann

§ 3 Beschwerdeführer

(1) Die in § 2 genannten Beschwerden können durch natürliche Personen, die einen Versicherungsvertrag bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen unterhalten, das Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ist, in Bezug auf ein bestehendes oder beendetes Versicherungsverhältnis eingereicht werden. Beschwerden können auch versicherte Personen in einer Gruppenversicherung in Bezug auf diese Versicherung einlegen.

(2) Ein privates Krankenversicherungsunternehmen kann den Ombudsmann im Streitfall um Vermittlung bitten, wenn der Versicherungsnehmer dem zugestimmt hat. § 2 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Ombudsmann befasst sich nicht mit Streitigkeiten, die sich zwischen Versicherungsunternehmen und Personen, die den Abschluss von Versicherungsverträgen vermitteln, aus dieser Vermittlungstätigkeit ergeben.

§ 4 Form, Vertretung, Kosten

(1) Beschwerden können nach vorheriger, erfolgloser Beschwerde gegenüber dem Krankenversicherungsunternehmen dem Ombudsmann schriftlich vorgelegt werden. Ist seit Einreichung der Beschwerde bei dem Versicherer eine Frist von 6 Wochen ohne Entscheidung vergangen oder erscheint die vorherige Beschwerde beim Versicherer offensichtlich aussichtslos, kann auf die vorherige Durchführung verzichtet werden. Sie sollen eine kurze Sachverhaltsschilderung, einen konkreten Antrag und die notwendigen ergänzenden Unterlagen enthalten. Telefonische Beschwerden können nur entgegengenommen werden, wenn dafür ein triftiger Grund vorliegt. Der Beschwerdeführer kann in diesem Fall dazu aufgefordert werden, zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Bearbeitung seine Beschwerde nachträglich auch schriftlich einzureichen. Die Verfahrenssprache ist Deutsch. Beschwerden sollen möglichst in deutscher Sprache eingereicht werden.

(2) Der Beschwerdeführer kann sich zu jedem Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens von einem Rechtsanwalt vertreten lassen oder einen Rechtsanwalt beiziehen.

(3) Die Behandlung von Beschwerden durch den Ombudsmann ist für die Beteiligten kostenlos. Kosten, die den Parteien im Rahmen des Beschwerdeverfahrens, z. B. durch Einschaltung eines Rechtsanwalts oder durch Reisen, entstehen, sind von ihnen selbst zu tragen.

§ 5 Fristen, Verjährung

(1) Die Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Ombudsmann beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit dem Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers auf die Beschwerde, falls eine solche Entscheidung nicht erfolgt ist, sechs Wochen nach Einlegung der Beschwerde bei dem Versicherungsunternehmen. Ist jedoch der Versicherer nach § 12 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)(*) von der Verpflichtung zur Leistung frei, ist eine Beschwerde gegenüber dem Ombudsmann nicht möglich.

(2) Die Verjährung nach § 12 Abs. 1 VVG(*) und der Lauf der sechsmonatigen Klagefrist nach § 12 Abs. 3 VVG(*) sind vom Beginn des Tages, an dem die Beschwerde bei dem Ombudsmann eingeht, bis zum Ende des Tages, an dem dem Versicherungsnehmer die Mitteilung über die Beendigung des Beschwerdeverfahrens zugeht, gehemmt. Die Hemmung der genannten Frist endet jedoch spätestens sechs Monate nach Einlegung der Beschwerde. Hierauf soll der Ombudsmann zu Beginn des Beschwerdeverfahrens schriftlich hinweisen.

(*) § 12 VVG ist im Anschluss an dieses Statut abgedruckt.

Statut für den Ombudsmann

§ 6 Verfahrensgrundsätze

(1) Nach Einreichung der Beschwerde ermittelt der Ombudsmann den Sach- und Streitstand im schriftlichen Verfahren. Der Ombudsmann hat die Parteien zu hören. Er soll bei den Parteien und sonstigen Beteiligten die erforderlichen Auskünfte einholen, die er freier Beweiswürdigung unterzieht. Die Verweigerung einer Auskunft kann bei der Beweiswürdigung berücksichtigt werden. In Ausnahmefällen kann der Ombudsmann Parteien und sonstige Beteiligte zum persönlichen Gespräch einladen. Dessen wesentlicher Inhalt wird protokolliert. Ist die Abrechnung eines Behandlers oder eines Krankenhauses Grundlage der Beschwerde, so sollen diese Leistungserbringer in das Schlichtungsverfahren einbezogen werden.

(2) Wenn und soweit dies für eine sachgerechte Behandlung der Beschwerden notwendig ist, kann der Ombudsmann Sachverständige schriftlich oder mündlich befragen.

(3) Zum Zweck der Verfahrensbeschleunigung wirkt der Ombudsmann auf einen zügigen Ablauf hin.

§ 7 Einigung, Entscheidung

(1) Der Ombudsmann soll in jedem Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens eine gütliche Einigung der Parteien anstreben. Kommt eine solche zustande, wird sie protokolliert und den Parteien übermittelt. Kommt zwischen den Parteien keine gütliche Einigung zustande, entscheidet der Ombudsmann in Form einer nicht bindenden schriftlichen Empfehlung, von der er die Beteiligten unverzüglich in Kenntnis setzt.

(2) Für die Beurteilung einer Beschwerde durch den Ombudsmann sind der Inhalt des Versicherungsvertrags, das Gesetzesrecht sowie die dazu ergangene Rechtsprechung maßgeblich. In Angelegenheiten der privaten Pflegepflichtversicherung berücksichtigt er außerdem die Auslegungshinweise des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.

(3) Der Ombudsmann kann entscheiden, dass eine Beschwerde offensichtlich unzulässig oder unbegründet ist und aus diesem Grund keiner weiteren Behandlung bedarf. In diesem Fall teilt er diese Entscheidung den Parteien mit. Eine solche Entscheidung ergeht insbesondere in den Fällen des § 2 Abs. 3 und 4, § 3 Abs. 3, § 4 Abs. 1 sowie § 5.

§ 8 Amtsausübung

Der Ombudsmann ist in seiner Amtsausübung unabhängig und an Weisungen nicht gebunden.

§ 9 Geheimhaltungspflicht und Datenschutz

(1) Der Ombudsmann ist verpflichtet, die Identität Beteiligter der Beschwerdeverfahren gegenüber Dritten geheim zu halten, es sei denn, die Beteiligten haben ihn ausdrücklich von der Geheimhaltungspflicht entbunden oder die Preisgabe der Identität der Beteiligten ist für die Ausübung seiner Tätigkeit zwingend erforderlich. Die Verpflichtung zur Geheimhaltung gilt in gleicher Weise auch für die Mitarbeiter der Geschäftsstelle und die Sachverständigen. Sachverständige verpflichten sich mittels schriftlicher Erklärung gegenüber dem Ombudsmann zur Beachtung der Geheimhaltungsverpflichtung.

(2) Eine Speicherung personenbezogener Daten durch den Ombudsmann erfolgt nur, soweit dies zur Ausübung seiner Tätigkeit erforderlich ist.

(3) Der Ombudsmann wird, mit Ausnahme des Tätigkeitsberichts nach § 11, nichts veröffentlichen, was mit seiner Funktion im Zusammenhang steht.

Statut für den Ombudsmann

§ 10 Amtszeit und Vertretung

(1) Die Berufung des Ombudsmannes erfolgt für einen Zeitraum von drei Jahren. Eine bis zu zweimalige erneute Berufung für den gleichen Zeitraum ist möglich. Eine Kündigung durch den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. kann nur aus wichtigem Grund, insbesondere bei schwerwiegenden Verstößen gegen seine Amtspflichten, erfolgen. Der Ombudsmann muss gegenüber dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. eine Kündigungsfrist von mindestens einem Monat einhalten.

(2) Bei länger als vier Wochen andauernder Krankheit oder Verhinderung des Ombudsmannes kann der Vorstand des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. für die verbleibende Amtszeit einen Stellvertreter berufen. Gleiches gilt, wenn das Amtsverhältnis gemäß Abs. 1 gekündigt wird.

§ 11 Information der Öffentlichkeit

(1) Der Ombudsmann wird den Text dieses Statuts jedem, der ihn anfordert, kostenlos zur Verfügung stellen.

(2) Der Ombudsmann berichtet innerhalb von sechs Monaten nach Ende des Kalenderjahres dem Vorstand des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. schriftlich und in strukturierter Form über seine Tätigkeit in diesem Jahr und die dabei gewonnenen Erfahrungen. Eine Veröffentlichung des Berichts durch den Ombudsmann erfolgt nicht vor Ablauf eines Monats nach dessen Übergabe. Eine Veröffentlichung kann auch durch den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. erfolgen.

§ 12 Vergütung

Der Ombudsmann erhält für seine Tätigkeit eine Vergütung. Die Festsetzung der Vergütung erfolgt durch den Vorstand des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.

§ 13 Finanzierung

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. trägt die Kosten, die bei der Durchführung dieser Statuten entstehen.

§ 14

Die Ombudsmannstelle nimmt ihre Tätigkeit am 1. Oktober 2001 auf.

§ 12 Versicherungsvertragsgesetz

(1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.

Ombudsmann

Private Kranken- und Pflegeversicherung: Dr. Helmut Müller

Kronenstraße 13 · 10117 Berlin

Telefon: 0 18 02 - 55 04 44 · Telefax: 0 30 - 20 45 89 31

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

