

OMBUDSMANN

Private Kranken- und Pflegeversicherung

TÄTIGKEITSBERICHT

2008

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines	4
– Sitz	6
– Erreichbarkeit	6
– Verfahren	6
– Verfahrensdauer	7
– FIN-NET	8
Tätigkeitsschwerpunkte	9
– Medizinische Notwendigkeit von Heilbehandlungen	9
– Arzt- und Zahnarzt-Honorare	10
– Vergütung für Physiotherapie und nichtärztliche Psychotherapeuten	11
– Rücktritt / Kündigung / Modifizierter Standardtarif	12
– Abgrenzung Krankenhaus- / Sanatoriumsbehandlung (Gemischte Anstalten)	13
– Beitragsanpassungen und Beitragshöhe	14
– Zahnbehandlung und Zahnersatz	15
– Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	16
– Krankentagegeld	17
– Vermittler- und Beraterbeschwerden	17
– Sonstiges	18
Beschwerdezahlen im Einzelnen	19

Schlichtungserfolge	24
Fälle aus der Ombudsmannpraxis	26
– Zusatzversicherung	26
– Tarifizuschlag	26
– Röntgenuntersuchung bei Zahnersatz	27
– Naturheilkunde durch Arzt	28
– Vorheriger Heil- und Kostenplan	29
– Unklare Diagnose	30
– Heilungsfähigkeit des Gehirns	31
– Verletzung der Anzeigepflicht	31
– Kündigung mitversicherter Personen	32
– Behandlungspflege	33
– Kinderwunschbehandlung	34
– Schulterbewegungsschiene	35
– Zusatzversicherung über GKV	36
– Schwenkbarer Autositz	37
Liste der Mitgliedsunternehmen	38
Statut	44

Der Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung hat sich auch im siebenten Jahr seines Bestehens als unabhängige Schlichtungsstelle für Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherungsunternehmen bewährt. Mehr Verbraucher denn je haben ihn im vergangenen Jahr um Vermittlung gebeten, was der Ombudsmann als einen Vertrauensbeweis ansieht.

Der Ombudsmann ist vermehrt auch um Vermittlung in Streitigkeiten zwischen Versicherten und Vermittlern (Versicherungsvertretern und Maklern) gebeten worden, obgleich festgestellt werden muss, dass diese Möglichkeit der Streitschlichtung bei den Versicherten noch weitgehend unbekannt zu sein scheint. Das gilt allerdings auch für Versicherungsmakler. Während Beschwerden über Versicherungsvertreter ohne Schwierigkeiten abgewickelt werden können, kommt es bei Beschwerden über Versicherungsmakler von Zeit zu Zeit zu Schwierigkeiten, wenn Makler sich weigern, am Ombudsmannverfahren teilzunehmen und Briefe des Ombudsmanns nicht beantworten. Der Ombudsmann hat über die Verbände der Versicherungsmakler versucht, den Maklern klarzumachen, dass die Teilnahme am Ombudsmannverfahren zu den Standespflichten der Makler gehört, deren schuldhaftige Verletzung berufliche Konsequenzen nach sich ziehen kann. Es bleibt zu hoffen, dass im laufenden Jahr das Ombudsmannverfahren auch in Maklerkreisen bekannt und akzeptiert wird, und sich die aufgetretenen Schwierigkeiten nicht wiederholen.

Der Ombudsmann ist außerdem auch für Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherungsberatern zuständig.

Hier ist erfreulicherweise festzuhalten, dass der Ombudsmann bisher keine Beschwerde erhalten hat.

Durch das Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) vom 23.11.2007 wurde das aus dem Jahr 1908 stammende Versicherungsvertragsrecht reformiert und modernisiert. Für die Krankenversicherung von Bedeutung sind vor allem die allgemeinen Vorschriften über den Abschluss des Vertrages (u. a. Beratungs- und Belehrungspflichten), die Laufzeit, Sanktionen, Obliegenheitsverletzungen etc. sowie die speziellen Vorschriften über die Krankenversicherung. Das Gesetz trat am 01.01.2008 in Kraft. Es war zunächst nur anzuwenden auf alle ab Inkrafttreten des Gesetzes begründeten Versicherungsverhältnisse. Für sogenannte Altverträge, also Versicherungsverhältnisse, die vor dem 01.01.2008 zustande kamen, galt das alte VVG zunächst weiter. Erst ab dem 01.01.2009 ist auf alle Verträge das neue VVG anzuwenden. Der Ombudsmann musste also im Berichtsjahr bei jeder eingehenden Beschwerde zunächst prüfen, welches Recht anzuwenden war.

Auf Wunsch des Ombudsmanns ist das Statut des Ombudsmanns durch Beschluss des Hauptausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. vom 17.06.2008 gestrafft und modernisiert worden. Es ist am Ende dieses Tätigkeitsberichts abgedruckt.

Neu gestaltet wurde schließlich auch die Internetseite des Ombudsmanns. Hierdurch soll das Ombudsmannverfahren insgesamt transparenter und das Einlegen einer Beschwerde erleichtert werden.

Sitz Sitz der Schlichtungsstelle für die private Kranken- und Pflegeversicherung ist Berlin. Alle Mitgliedsunternehmen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. 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 auf schriftlichem Weg 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 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 anhand von Recht und Gesetz, ob die Beschwerde berechtigt ist. Hierzu werden Versicherungsbedingungen, Gesetze und Rechtsprechung herangezogen. Der Abschluss des Verfahrens erfolgt gegenüber dem Beschwerdeführer und dem Versicherer in einer unverbindlichen Stellungnahme.

- Wenn der Ombudsmann der Beschwerde aus Rechtsgründen nicht abhelfen kann, erklärt er dem Beschwerdeführer, dass 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 dem Beschwerdeführer 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 2008 bei etwa 24 Wochen. Eilige Fälle, etwa solche, bei denen Personen keinen Versicherungsschutz hatten, wurden sofort bearbeitet. Nicht so dringliche Fragen mussten bis zu zehn Monate auf eine abschließende Bearbeitung warten. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit ist damit immer noch zu lang. Sie konnte im Verhältnis zum Jahr 2007 nur leicht verkürzt werden, da der Beschwerdeeingang wiederum um 10,0 % gestiegen ist.

FIN-NET Der Ombudsmann ist Mitglied im FIN-NET. Das FIN-NET ist ein grenzüberschreitendes außergerichtliches Beschwerdennetzwerk der Europäischen Kommission in Finanzdienstleistungsangelegenheiten. Es ermöglicht den Mitgliedern, Beschwerden unbürokratisch an die zuständige nationale Schlichtungsstelle weiterzuleiten. Das 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://finnet.jrc.it/en/> zu finden.

Auch im Berichtsjahr 2008 hat der Ombudsmann die Beschwerden ausgewertet. Die Schwerpunkte haben sich nicht verschoben. Beispielsweise begehren die Patienten nach wie vor umfangreiche Dauerbehandlungen. Insbesondere bei psychotherapeutischen oder physiotherapeutischen Sitzungen besteht eine Anspruchshaltung, möglichst viele Gesundheitsleistungen zu erhalten. Der boomende Gesundheitsmarkt jenseits des medizinisch Notwendigen (Wellness, Kuren, alternative Medizin) führt zunehmend zu Abgrenzungsschwierigkeiten und erhöht das Konfliktpotential im Verhältnis Versicherer / Versicherungsnehmer. Durch das Bemühen einiger Behandler, ihre Patienten dauerhaft zu behandeln (Mengenausweitung), wird dieser Trend noch verstärkt. Die Versicherer versuchen mit Blick auf die steigenden Gesundheitsausgaben und die damit zwangsläufig verbundenen Beitragserhöhungen, dem medizinischen Anspruchsdenken und der Ausweitung in der Menge mit strengeren Prüfungen zu begegnen. Da die Versicherten damit Leistungen teilweise nicht erhalten, von denen sie meinen, dass sie ihnen zustünden, führt dies zwangsläufig zu einer höheren Anzahl an Konflikten zwischen Versicherer und Versicherungsnehmern einerseits und zwischen Patienten und Ärzten bzw. Zahnärzten andererseits.

Im Mittelpunkt der Ombudsmannstätigkeit standen die folgenden Sachverhalte:

Medizinische Notwendigkeit von Heilbehandlungen

Mit Fragen zur medizinischen Notwendigkeit von einzelnen Behandlungsmaßnahmen haben sich die Versicherten auch im Berichtsjahr 2008 am häufigsten an den Ombudsmann

Tätigkeitsschwerpunkte

gewandt. Im Einzelnen ging es um Leistungen aus dem Versicherungsvertrag für Heilbehandlungen, Krankenhausaufenthalte, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Was medizinisch notwendig ist, lässt sich immer nur im Einzelfall bestimmen und erweist sich als ein weites Feld mit großem Auslegungsspielraum. Die Versicherten möchten auch klären lassen, ob bestimmte Präparate und Verfahren der alternativen Medizin medizinisch notwendig sind.

Zu diesem Themenkomplex gehört ebenfalls 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 im Zusammenhang mit der medizinischen Notwendigkeit nur selten 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

Unverändert spielen die Auseinandersetzungen über die richtige Auslegung der Gebührenordnungen der Ärzte und Zahnärzte eine große Rolle. Hintergrund sind die aktualisierungsbedürftigen Gebührenordnungen, die gerade im Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt verschiedene Auslegungen zulassen. Die Interessen der Ärzte und Zahnärzte sowie der Versicherer sind bei diesen Auseinander-

dersetzungen gegenläufig. Während einige Ärzte und Zahnärzte eher zu einer großzügigen Anwendung der Gebührenordnungen neigen, sind die Versicherer bemüht, auf die Einhaltung gebührenrechtlicher Grundsätze und einer aus ihrer Sicht korrekten Abrechnung der privatärztlichen Leistungen zu bestehen. Die Gebührenstreitigkeiten sind ein besonders unerfreulicher Teil der Ombudsmannstätigkeit, da die Gebührenordnungen komplex sind und Gerichtsentscheidungen, wenn sie vorliegen, sehr unterschiedlich ausfallen. Der Ombudsmann kann aus eigenem Sachverstand darüber kaum entscheiden. Er spricht sich daher dafür aus, das Gebührenrecht zu reformieren und an die geänderten medizinischen Ansprüche anzupassen, damit Streitpunkte über die richtige Auslegung ausgeräumt werden.

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 sowie gegebenenfalls auch in gerichtliche Verfahren anstelle des Versicherungsnehmers eintreten.

Vergütung für Physiotherapie und nichtärztliche Psychotherapeuten

Hier kommt es ebenfalls häufig zu Streitigkeiten über die Höhe der Vergütung, weil keine amtlichen Gebührenordnungen bestehen. Die Versicherer orientieren sich häufig an

Tätigkeitsschwerpunkte

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

Rücktritt / Kündigung / Modifizierter Standardtarif

Obwohl im Jahr 2008 die Beschwerden wegen eines Rücktritts oder einer Kündigung des Versicherungsvertrages leicht rückläufig waren, hat dieser Beschwerdekomples nach wie vor eine große Bedeutung. Soweit die versicherte Person bei Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben zum Gesundheitszustand gemacht hat, beenden die Versicherer aufgrund der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten das Vertragsverhältnis. In einigen Fällen wirft der Versicherer dem Versicherungsnehmer darüber hinaus ein arglistiges Verhalten vor, so dass es zu einer Anfechtung und damit rückwirkenden Aufhebung des Vertrages kommen kann. Ein weiterer Beendigungsgrund sind Kündigungen des Versicherungsvertrages wegen Nichtzahlung der Beiträge. Bei Kündigungen seitens des Versicherungsnehmers geht es häufig um die Frage, ob die Kündigung zum richtigen Zeitpunkt erfolgt und die Kündigungsfristen eingehalten sind.

Bei einer Vertragsbeendigung durch den Versicherer sind die Auswirkungen für die Betroffenen groß. Der Ombudsmann hat sich seit jeher bemüht, in diesen Fällen eine Fortsetzung des Vertrages beim privaten Krankenversicherer zu errei-

chen, gegebenenfalls in Verbindung mit Leistungsausschlüssen oder Risikozuschlägen. Die meisten PKV-Unternehmen sind diesen Vorschlägen gefolgt, um zu verhindern, dass eine wachsende Zahl von bisher Privatversicherten keinen Versicherungsschutz mehr besitzt. Diese Problematik ist durch die Einführung des modifizierten Standardtarifs (ab dem 01.01.2009 Basistarif) spürbar entschärft, was sich aus dem leicht reduzierten Beschwerdeaufkommen in diesem Bereich ableiten lässt. Nicht immer stellt aber der modifizierte Standardtarif für die Betroffenen eine akzeptable Lösung dar. Nach anfänglichen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem modifizierten Standardtarif erfolgte die Aufnahme von Unversicherten, die der PKV zuzuordnen sind, im Jahr 2008 aus Sicht des Ombudsmanns immer reibungsloser. Jede Person konnte damit, wenn sie dies wünschte, einen adäquaten Versicherungsschutz finden. Die Höhe des Beitrages im modifizierten Standardtarif blieb ein Streitpunkt, da viele Versicherte die gesetzlichen Vorgaben zur Höhe des Beitrages nicht nachvollziehen konnten.

Abgrenzung Krankenhaus- / Sanatoriumsbehandlung

„Gemischte Anstalten“

Beschwerden im Zusammenhang mit der Erstattungsfähigkeit von Behandlungen in Krankenhauseinrichtungen, die nicht ausschließlich Akutbehandlungen durchführen, sondern auch nicht vom Versicherungsschutz umfasste Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen vornehmen, nehmen seit Beginn der Ombudsmantätigkeit eine gleichbleibende Bedeutung ein. Um Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von klassischen Krankenhausbehandlungen zu Kur bzw. Rehabilitationsmaßnahmen zu vermeiden, enthalten die Versiche-

Tätigkeitsschwerpunkte

rungsverträge 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, damit diese möglichst im Vorfeld über die zu erwartenden Leistungen informiert sind. 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.

Erfreulich ist, dass die Versicherer dazu übergegangen sind, trotz fehlender vorheriger Zusage auch nachträglich anhand der Krankenunterlagen zu prüfen, ob eine Zustimmung erteilt worden wäre, wenn der Versicherungsnehmer sie rechtzeitig beantragt hätte. Führt diese Prüfung zu dem Ergebnis, dass tatsächlich keine Kur oder Rehabilitationsbehandlung durchgeführt wurde, erbringen die Versicherer die Leistungen auf freiwilliger Basis.

Beitragsanpassungen und Beitragshöhe

Im Jahr 2008 verzeichnete der Ombudsmann eine leichte Erhöhung der Eingaben mit diesem Beschwerdeanliegen. Die teils deutlichen Beitragsanpassungen führen dazu, dass die Versicherten fürchten, die steigende Beitragslast dauerhaft nicht tragen zu können. Bedauerlicherweise vermag der

Ombudsmann in diesen Beschwerdefällen nur eingeschränkt zu helfen, da er die Rechtmäßigkeit von Beitragsanpassungen nur formal aber nicht kalkulatorisch überprüfen kann. Er versucht daher insbesondere, dem Beschwerdeführer Wege aufzuzeigen, wie er die Beitragsbelastung durch eine Umstellung des Versicherungsschutzes wieder reduzieren kann. Anfragen gab es ebenfalls im Zusammenhang von Beitragsanpassungen infolge der Auswirkungen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG), da die weiblichen Versicherten teilweise der Ansicht waren, die Beitragsentlastung in diesem Zusammenhang sei zu gering ausgefallen.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

Einen Unterpunkt bei der Erstattungsfähigkeit von Leistungen nehmen die Meinungsverschiedenheiten im Zusammenhang mit Zahnbehandlungen und Zahnersatz ein. Die Schwierigkeiten treten sowohl im Rahmen der Vollkostenversicherung als auch der Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte auf. Die Beschwerden betreffen dabei insbesondere die Höhe der Material- und Laborkosten, aber auch die Frage, ob herkömmlicher Zahnersatz oder Implantate medizinisch notwendig sind. Oft fragen die Versicherten nach der Erstattungsfähigkeit von Verblendungen von Zähnen, denn hier leisten die Versicherer grundsätzlich nur für den sichtbaren Frontbereich.

Gerade im Bereich der Zusatzversicherungen wird der Ombudsmann mit Eingaben konfrontiert, in denen der Versicherungsfall schon vor Beginn der Versicherung eingetreten ist,

Tätigkeitsschwerpunkte

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 „Zahnsanierung“ bereits eingetreten. Da die Kosten für Zahnersatz immens sind, schließen einige Patienten erst im Hinblick auf eine anstehende Behandlung eine Zahnzusatzversicherung 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 damit Gefahr, keine Leistungen zu erhalten. Zusätzlich kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

In diesem Bereich entstehen die Auseinandersetzungen um viele noch nicht ausreichend erprobte 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 große Rolle.

Ständiges Thema bei den Ombudsmannbeschwerden hinsichtlich der Hilfsmittel ist der Umstand, dass die Leistung auf bestimmte, in den Tarifen abschließend aufgeführte Gegenstände beschränkt ist und neue in der Liste nicht genannte Hilfsmittel ausgeschlossen sind.

Krankentagegeld

In der Krankentagegeldversicherung, die den krankheitsbedingten Verdienstausschlag sichern soll, geht es in der Regel um größere Beträge. Die Zahl der möglichen Komplikationen ist beträchtlich. Ein Leistungsanspruch aus der Krankentagegeldversicherung kommt nur in Betracht, wenn eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit leistet der Versicherer in der Regel ebenso wenig wie bei festgestellter Berufsunfähigkeit. Auch die rechtzeitige Meldung der Arbeitsunfähigkeit und ihr Nachweis durch ärztliche Zeugnisse führen immer wieder zu Auseinandersetzungen. Bei der Höhe des Krankentagegeldes ist nach Art und Zweck der Versicherung darauf zu achten, dass das vereinbarte Tagegeld nicht höher sein darf 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 der Versicherer kommen häufig vor.

Vermittler- und Beraterbeschwerden

Hier haben den Ombudsmann insbesondere Eingaben erreicht, mit denen sich die Versicherten überwiegend über die Beratung bei Abschluss des Versicherungsvertrages beschwerten. Den Vermittlern wird vorgeworfen, die Bedeu-

Tätigkeitsschwerpunkte

tung der Gesundheitsfragen heruntergespielt und die Angaben von gesundheitlichen Problemen verhindert zu haben. Außerdem sei der Verlust der Alterungsrückstellungen bei einem Versichererwechsel nicht thematisiert worden. Insgesamt hatte das Problemfeld aber auch 2008 keine große Bedeutung.

Sonstiges

Im Jahr 2008 haben sich die Versicherten häufig an den Ombudsmann gewandt, um ihren Anspruch auf einen Tarifwechsel klären zu lassen. In diesem Zusammenhang kam es zu Anfragen über die Rechtmäßigkeit von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen, die bei einem Tarifwechsel in einen höherwertigeren Versicherungsschutz ausdrücklich vorgesehen sind.

Eine gleichbleibend große Rolle nehmen die Fälle ein, in denen es um Kinderwunschbehandlungen geht. Hier sind privat Versicherte insofern im Vorteil, als die Kosten in vollem Umfang tariflich übernommen werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind, während GKV-Versicherte höchstens die Hälfte der Kosten erstattet bekommen. Dabei kommt es auf die Frage an, bei welchem Partner die Ursache für die ungewollte Kinderlosigkeit liegt.

Die Versicherten wenden sich auch an den Ombudsmann, um die Auslegung einzelner Vertragsbestimmungen klären zu lassen. Sie sind außerdem oft mit der Vertragsbearbeitung durch den Versicherer nicht einverstanden.

Beschwerdezahlen

Beschwerdezahlen im Einzelnen

Im Berichtszeitraum 2008 ist die Zahl der schriftlich eingegangenen Beschwerden erneut angestiegen; gegenüber dem Vorjahr um etwa 10,0 %. Insgesamt wurden 4.376 (Vorjahr: 3.973) Eingänge registriert. Davon waren etwa 420 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. Etwa 120 Verfahren wurden eingestellt, da sich das Beschwerdeanliegen z. B. durch eine vorherige Einigung erledigt hat. Täglich erreichen den Ombudsmann etwa 20 telefonische Anfragen. Häufig können kleinere Schwierigkeiten auf diesem Weg gelöst werden.

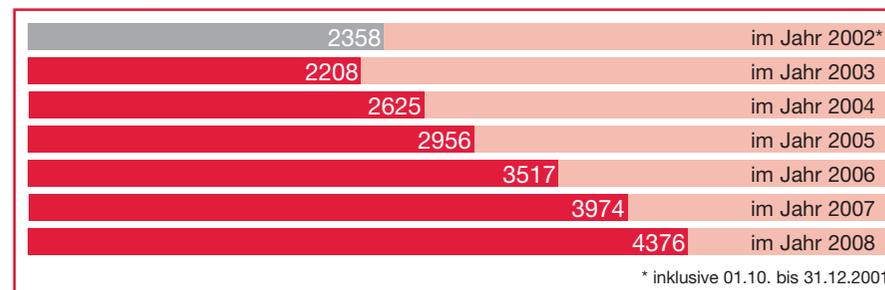
In den vergangenen Jahren sind die Beschwerdezahlen damit stetig gestiegen. Das dürfte auch auf den steigenden Bekanntheitsgrad des Ombudsmanns zurückzuführen sein. Regelmäßig wird in den Medien über die außergerichtliche Schlichtungstätigkeit berichtet. Die Versicherungsnehmer nehmen den Ombudsmann auch gerne mehrfach in Anspruch, wenn neue Meinungsverschiedenheiten mit den Versicherern auftreten. Mitursächlich für das erhöhte Beschwerdeaufkommen ist der Umstand, dass die Versicherer den Versicherten nicht mehr so stark wie in der Vergangenheit entgegenkommen können, um den steigenden Gesundheitskosten zu begegnen. Um die Beiträge möglichst stabil zu halten, prüfen die Versicherer die vertraglichen Vereinbarungen sehr genau, damit die Versichertengemeinschaft nicht mit außervertraglichen Leistungen über Gebühr belastet wird.

Beschwerdezahlen

Die Verteilung des Beschwerdeaufkommens hat sich im Jahr 2008 im Großen und Ganzen nicht verändert. 78,0 % der Beschwerden entfielen auf die Krankheitskostenvollversicherung. Im Bereich der Zusatz- und Krankenhaustagegeldversicherungen hat es eine leichte Erhöhung der Beschwerdezahlen auf 16,0 % gegeben. 4,0 % der Eingaben betrafen die Krankentagegeldversicherung. Auf die Reisekrankenversicherung und auch die Pflegepflichtversicherung entfielen jeweils 1,0 %.

Der Ombudsmann sieht seine Aufgabe darin, Streit zu schlichten und sachgerechte Kompromisse zu suchen. Während des gesamten Verfahrens ist der Ombudsmann bemüht, eine tragfähige Lösung für beide Parteien zu erreichen. Hintergrund ist das langfristig angelegte Vertragsverhältnis, bei dem Vertrauen eine wichtige Rolle spielt. Der Ombudsmann versteht sich daher nicht als klassischer Verbraucherschützer, der nur die Interessen der Versicherten im Auge hat, sondern als neutrale Institution, die die Belange beider Seiten gleichermaßen berücksichtigt. In der heutigen Zeit hat die Transparenz bei den einzelnen Entscheidungen einen hohen Stellenwert. Der Ombudsmann versucht daher, den Versicherten die rechtlichen Hintergründe verständlich und nachvollziehbar zu erklären. Häufig muss sich der Ombudsmann auf diese Vorgehensweise beschränken, denn überwiegend ist das Verhalten der Versicherer rechtlich nicht zu beanstanden. Es gibt aber auch Fälle, in denen die formaljuristische Entscheidung unbillig bzw. unsozial erscheint, so dass der Ombudsmann hier für Kompromisse plädiert, obwohl das Verhalten des Versicherers rechtskonform ist.

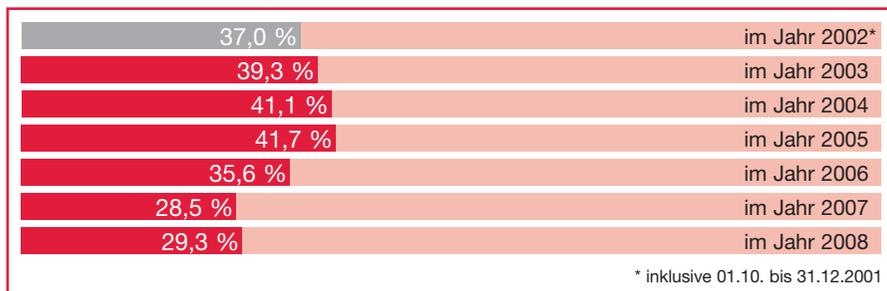
Entwicklung des Beschwerdeaufkommens



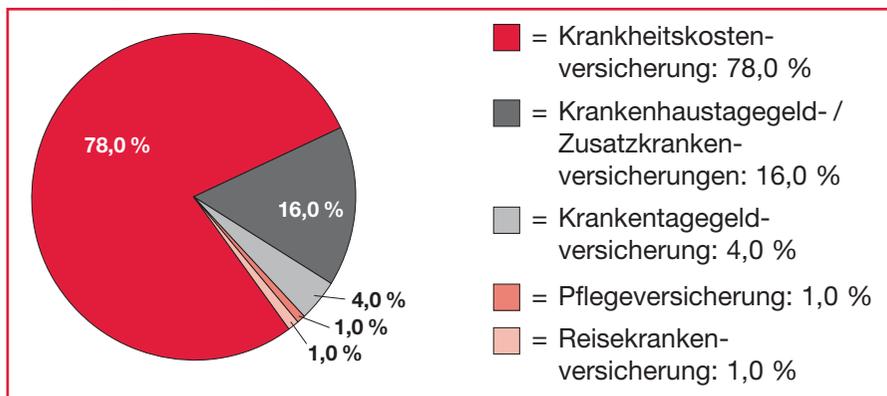
Die Unternehmen tragen diese Sicht der Dinge mit. Auch sie haben erkannt, dass rein juristische Bewertungen „Entweder-Oder-Entscheidungen“ sind und oft unbefriedigend ausfallen, da es in der Krankenversicherung häufiger auf ein „Sowohl-als-auch“ ankommt und eine exakte juristische Abgrenzung bestimmter Begriffe (z. B. medizinische Notwendigkeit, Auslegung der Gebührenordnungen) nur schwer möglich ist. Oftmals ist es den Unternehmen nicht möglich, von sich aus Vergleichslösungen anzubieten. Hier bietet das Ombudsmannverfahren eine gute Plattform, einen vermittelnden Weg einzuschlagen und Kompromisse zu suchen, um gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und zu einem guten Einvernehmen zurückzukehren. Diese Schiedsfunktion der Ombudsstelle wird von allen Unternehmen akzeptiert. Noch ausgeprägter ist die Haltung bei den Versicherungsnehmern. Sie sind häufig zufrieden, wenn sie einen Teilerfolg erzielen oder ihnen die überwiegend rechtlichen Zusammenhänge in verständlicher Sprache erklärt werden. Sie haben dann nicht das Gefühl, den Versicherern auf Gedeih und Verderb ausgeliefert zu sein.

Beschwerdezahlen

Entwicklung der Erfolgsquote

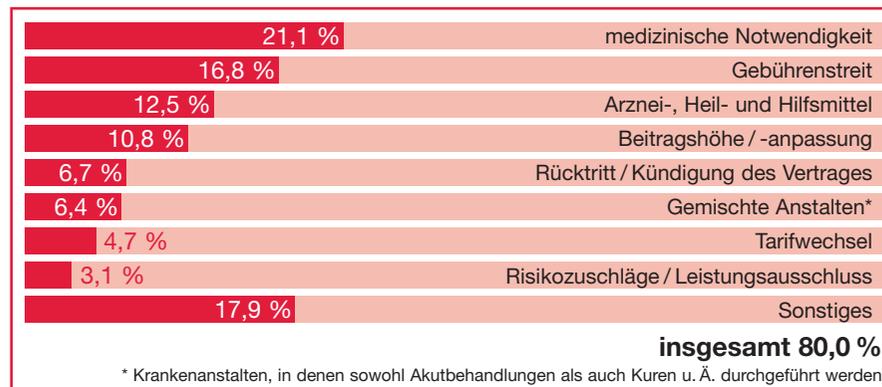


Verteilung des zulässigen Beschwerdeaufkommens 2008

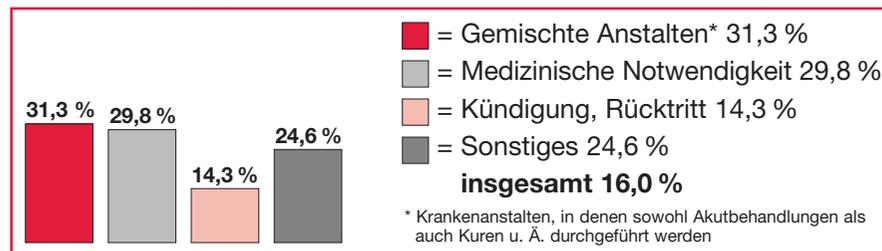


Prozentuale Verteilung der zulässigen Beschwerden

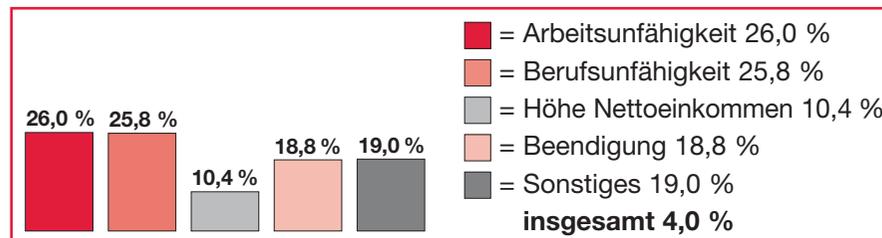
Krankheitskostenversicherung



Krankenhaustagegeldversicherung / Zusatzkrankenversicherung



Krankentagegeldversicherung



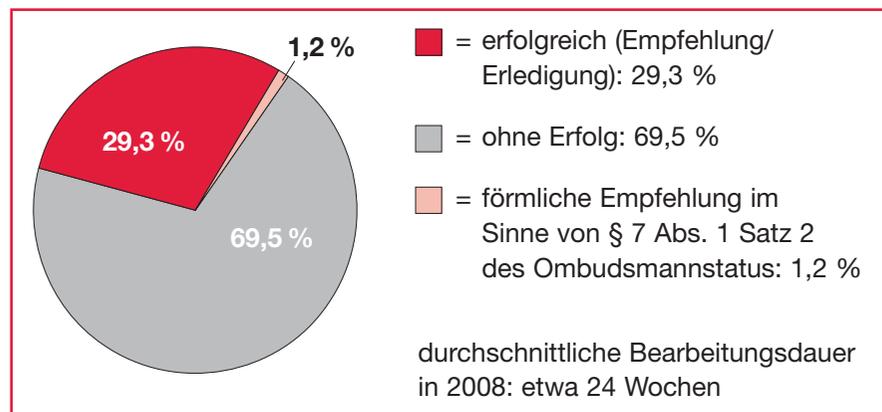
Schlichtungserfolge

Stabile Erfolgsquote 29,3 % aller Eingaben endeten im Jahr 2008 mit einem vollständigen oder zumindest teilweisen Erfolg der Beschwerdeführer. Im Verhältnis zum Jahr 2007 mit einer Erfolgsquote von 28,5 % hat sich die Einigungsbereitschaft wieder leicht verbessert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zahlreiche Sachverhalte im Laufe der Jahre mittlerweile rechtlich geklärt sind, so dass hier kein Streitpotential mehr besteht. Bei der Erfolgsquote ist zu beachten, 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 der erfolgreichen Abschlüsse bedeutet allerdings nicht, dass die Versicherungsnehmer stets Recht hatten. Häufig sind die Versicherer im Rahmen einer Kulanzlösung entgegengekommen und haben damit dokumentiert, dass sie an einem einvernehmlichen Vertragsverhältnis interessiert sind. Selbst bei eindeutigen Rechtslagen zugunsten der Versicherer kommen freiwillige Leistungen in Betracht. Häufig geschieht das schon in der ersten Stellungnahme des Versicherers zur Beschwerde. Zu weiteren Kompromissangeboten kommt es dann auf Anraten des Ombudsmanns.

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 erfolglose Verhandlungen zwischen dem Ombudsmann und dem Versicherer voraus. Wenn der Versicherer sich im Rahmen der Verhandlungen nicht durchringen konnte, dem Vorschlag des Ombudsmanns zu folgen, kommt es

Abgeschlossene Fälle in 2008: 3.403



zu der förmlichen Empfehlung, die das Verfahren abschließt, dem Versicherungsnehmer zugänglich gemacht und auch öffentlich wird. Die meisten förmlichen Empfehlungen werden nachträglich vom Versicherer akzeptiert. Im Jahr 2008 verzeichnete der Ombudsmann mit 43 förmlichen Empfehlungen (1,2 %) eine leichte Erhöhung dieses Beschwerdeergebnisses. Insgesamt wird durch die geringe Zahl der förmlichen Empfehlungen aber die kompromissbereite Zusammenarbeit der Unternehmen mit dem Ombudsmann deutlich.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Zusatzversicherung

Ein Versicherungsnehmer unterhielt Versicherungsschutz im brancheneinheitlichen Standardtarif für ältere Versicherte. Er beabsichtigte, daneben eine Zusatzversicherung abzuschließen, um die Chefarztbehandlung und die Unterbringung im Zweibettzimmer abzusichern. Der Versicherer wollte den gewünschten Versicherungsschutz nicht anbieten. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen regeln, dass für die Versicherten im Standardtarif keine anderweitige Krankheitskostenvoll- oder Teilversicherung, auch nicht bei einem anderen Unternehmen, abgeschlossen oder unterhalten werden darf. Der Ombudsmann bestätigte die Ansicht des Versicherers. Nach dem Willen des Gesetzgebers besteht ein Koppelungsverbot. Aus der Begründung zum Entwurf des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 ergibt sich, dass die soziale Schutzfunktion des Standardtarifs solidarisch zu tragen ist, nämlich durch die Versicherten durch die nicht zusätzlich versicherbaren Wahlleistungen im Krankenhaus, durch die PKV-Unternehmen auf Grund der Prämienbegrenzung und durch die Ärzteschaft infolge der Absenkung des Gebührenrahmens bei Standardtarifversicherten. Der Ombudsmann konnte daher die Regelungen zum Koppelungsverbot nicht beanstanden und dem Versicherten nicht helfen.

Tarifzuschlag

Ein Beschwerdeführer begehrte einen Tarifwechsel in einen neu aufgelegten Tarif. Der Versicherer hatte eine neue Tarifserie entwickelt und die Bestandstarife wurden für den Neuzugang geschlossen. Für die Bestandskunden erhob der

Versicherer bei einem Wechsel in die neuen Tarife einen pauschalen Zuschlag zur Prämie, den er mit der unterschiedlichen Kalkulationsgrundlage der Tarifwelten begründete. Der Ausgangstarif enthielte neben der reinen Grundprämie einen pauschalen Risikoanteil, um erhöhte Risiken abzudecken. Dieser Risikoanteil sei von allen Versicherten dieser Tarife zu zahlen, unabhängig vom individuellen Risiko. Daneben seien bei einem erhöhten Risiko individuelle Risikozuschläge zu zahlen, die aber auf Grund des pauschalen Risikoanteils relativ gering ausfielen. Die neuen Tarife sähen keinen pauschalen Risikoanteil vor. Es würde lediglich ein Grundbeitrag erhoben. Erhöhte Risiken seien über einen individuellen Risikozuschlag vom einzelnen Kunden zu tragen. Der Versicherer ist der Ansicht, dass der Wegfall des pauschalen Risikoanteils des Ausgangstarifes ausgeglichen werden müsse, da sich ansonsten zwischen Ausgangstarif und Zieltarif eine nicht zu rechtfertigende Lücke ergäbe. Der Ombudsmann war der Ansicht, dass der Beitragszuschlag dem Tarifwechselanspruch des Versicherungsnehmers aus dem Versicherungsvertragsgesetz widersprach, da nur die Erhebung von mehrleistungsbezogenen individuellen Risikozuschlägen zugelassen sind, nicht jedoch die Erhebung eines pauschalen Kalkulationsausgleichs. Der Ombudsmann empfahl dem Versicherer daher, auf den Beitragszuschlag zu verzichten. Der Versicherer ist dem nicht gefolgt.

Röntgenuntersuchung bei Zahnersatz

Ein privat krankenversicherter Mann benötigte einen neuen Zahnersatz. Sein Versicherungsvertrag sah für einen solchen eine Kostenerstattung von 75 % vor. Der Tarif für ambulante

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Heilbehandlungen beinhaltete einen jährlichen Selbstbehalt von 2.000 Euro. Für die Behandlung begab sich der Beschwerdeführer in eine Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Da die Abteilung für zahnärztliche Behandlungen kein eigenes Röntgengerät besaß, wurde eine Panoramaschichtaufnahme der Kiefer in einer anderen Abteilung der Klinik von einem Radiologen angefertigt, der nach der Gebührenordnung für Ärzte abrechnete. Der Versicherer stufte die radiologische Leistung als ambulante und nicht zahnärztliche Behandlung ein und berücksichtigte den Selbstbehalt. Da dieser noch nicht ausgeschöpft war, konnte eine Erstattung der Panoramaschichtaufnahme nicht erfolgen. Der Ombudsmann vertrat die Auffassung, dass die Aufnahme vom Kiefer ausschließlich der nachfolgenden zahnärztlichen Behandlung diene. Da die Leistung einheitlich im Zusammenhang zu sehen ist, sprach sich der Ombudsmann für eine Erstattung aus dem Tarif für zahnärztliche Behandlungen aus. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung.

Naturheilkunde durch Arzt

Die Beschwerdeführerin unterhielt eine Zusatzversicherung für ambulante und zahnärztliche Behandlungen für gesetzlich krankenversicherte Personen. In den Versicherungsschutz eingeschlossen war u. a. die Kostenerstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker. Die Beschwerdeführerin ließ sich von einem Arzt mit naturheilkundlichen Präparaten behandeln und reichte die Rechnungen bei ihrer privaten Ergänzungsversicherung ein. Die nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechneten Leistungen waren nicht erstattungsfähig. Die naturheilkundliche Therapie durch einen Arzt

war nicht vom Versicherungsschutz umfasst, da ein Arzt nicht als ein Heilpraktiker im Sinne der vertraglichen Bestimmungen einzuordnen ist, selbst wenn er naturheilkundlich behandelt. Die Behandlungen durch Ärzte sind über den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz abgesichert. Der Beschwerde konnte nicht abgeholfen werden.

Vorheriger Heil- und Kostenplan

Der Versicherungsschutz des Beschwerdeführers sah bei Zahnersatz eine Kostenerstattung von 80 % vor, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan beim Versicherer eingereicht und die Maßnahme von diesem genehmigt wird. Andernfalls reduzierte sich die Kostenerstattung auf die Hälfte der tariflichen Leistungen. Da die Behandlung sofort begonnen wurde, übernahm der Versicherer lediglich 40 % der durchgeführten Zahnersatzmaßnahmen. Die Entscheidung des Versicherers war formaljuristisch zutreffend. Hintergrund der vertraglichen Vereinbarung war das Interesse des Versicherers, vor umfangreichen Zahnersatzmaßnahmen, die sehr teuer werden können, im Vorfeld über Kosten informiert zu werden und diese abzuklären. Der von dem Versicherungsnehmer gewählte Versicherungsschutz konnte u. a. wegen dieser Regelung preiswert angeboten werden. Trotzdem hatte sich der Ombudsmann für ein einmaliges Entgegenkommen ausgesprochen, da der Versicherungsnehmer erstmalig die Erstattung von Zahnersatz begehrte und bislang kaum Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beanspruchte. Der Versicherer lenkte ein und erbrachte die vollen tariflichen Leistungen auf freiwilliger Basis.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Unklare Diagnose

Ein Versicherungsnehmer beehrte von seinem Versicherer die Kostenerstattung für eine Positronen-Emissions-Tomografie (PET). Es handelt sich dabei um ein bildgebendes Verfahren der Nuklearmedizin. Hintergrund war ein hochgradiger Verdacht auf ein ausgedehntes Kardiakarzinom bzw. ein diffuses ausgedehntes Siegelringkarzinom des Magens. Trotz eines negativen histologischen Befundes war der Verdacht nach Einschätzung des behandelnden Arztes des Versicherungsnehmers nicht ausgeräumt, so dass er weitere Kontrolluntersuchungen wie Computertomografie (CT) und Gastroskopie empfahl. Stattdessen wurde schließlich die Ganzkörper-PET durchgeführt, wodurch der Verdacht auf ein Karzinom ausgeschlossen werden konnte. Der Versicherer lehnte die Kostenerstattung für die Ganzkörper-PET ab, da diese wegen des negativen histologischen Befundes nicht medizinisch notwendig gewesen sei. Vielmehr sei ein chirurgischer Eingriff angezeigt gewesen. Der Ombudsmann vertrat die Ansicht, dass sich kein Arzt mit einer negativen histologischen Untersuchung zufrieden geben könne, wenn letztlich unklar bleibt, worauf die Krankheit beruht. Trotz des negativen histopathologischen Befundes könne ein Karzinom nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Ein chirurgischer Eingriff sei zudem ein deutlich schwerwiegenderer Eingriff als eine Ganzkörper-PET. Der Versicherer hat den Fall noch einmal geprüft und sich im Wege einer gütlichen Einigung zu einer freiwilligen Erstattung eines pauschal angesetzten Betrages für die empfohlenen, aber nicht durchgeführten Kontrolluntersuchungen (CT und Gastroskopie) entschlossen. Der Ombudsmann begrüßte dieses Entgegenkommen.

Heilungsfähigkeit des Gehirns

Eine Versicherungsnehmerin erlitt einen schweren Schlaganfall mit einer linksseitigen Lähmung als Folge, die eine krankengymnastische, logopädische und ergotherapeutische Therapie erforderlich gemacht hat. Obwohl der Versicherungsvertrag keine Leistungen für Ergotherapie vorsah, erstattete der Versicherer zunächst die Kosten im Wege der Kulanz. Schließlich stellte der Versicherer die Kostenerstattung für Ergotherapie mit der Begründung ein, es sei mit keinen weiteren Heilungserfolgen zu rechnen. Der Ombudsmann empfahl dem Versicherer, seine Entscheidung noch einmal zu überdenken. Die Entwicklungs- und Heilungsfähigkeit des Gehirns sei bei weitem noch nicht vollständig erforscht und von vielen Aspekten abhängig. Im Bereich des Gehirns gebe es keine festen Regeln, die für individuelle Veränderungen maßgeblich sind. Vor dem Hintergrund der Schwere und Besonderheit der Erkrankung bat der Ombudsmann um die Zahlung eines weiteren Kulanzbetrages. Der Versicherer ist dieser Bitte nachgekommen.

Verletzung der Anzeigepflicht

Ein Versicherer war wegen der Nichtanzeige von Hepatitis B vom Versicherungsvertrag zurückgetreten und hatte dem Versicherungsnehmer die Fortsetzung des Vertrages mit einem Leistungsausschluss für diese Erkrankung angeboten. Der Versicherungsnehmer wandte sich mit seiner Beschwerde gegen diesen Leistungsausschluss. Er vertrat die Auffassung, dass er vor 20 Jahren wegen Hepatitis B behandelt worden sei, aber keine genaueren Kenntnisse zur Diagnose

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

habe. Im Übrigen sei die Krankheit ausgeheilt. Es habe daher keine Anzeigepflicht bestanden, da im Antrag lediglich nach bestehenden Erkrankungen der letzten drei Jahre gefragt worden sei. Da Hepatitis in verschiedenen Formen auftreten kann, kam es für eine Einschätzung des Ombudsmanns auf eine genaue Abklärung der Erkrankung an. Im Verlauf des Verfahrens stellte sich jedoch heraus, dass im anzeigepflichtigen Zeitraum Behandlungen wegen Hepatitis B stattgefunden hatten und dem Versicherungsnehmer die Erkrankung durchaus bekannt war. Der Ombudsmann konnte sich daher nicht für einen Verzicht auf den Leistungsausschluss für Hepatitis B aussprechen.

Kündigung mitversicherter Personen

Der Beschwerdeführer unterhielt für sich als Versicherungsnehmer eine Zusatzkrankenversicherung. Mitversichert im Vertrag war seine Tochter, zu der er keinen Kontakt mehr hatte. Der Beschwerdeführer kündigte das Vertragsverhältnis für sich und seine Tochter, von der er den aktuellen Wohnsitz nicht kannte. Der Versicherer bestätigte lediglich die Beendigung seines Vertragsteiles, nicht aber den der Tochter, da ihre Kenntnis von der Kündigung nicht nachgewiesen war. Hiergegen wandte sich der Beschwerdeführer. Grundsätzlich kann ein Versicherungsnehmer ebenfalls die Vertragsteile für die mitversicherten Personen kündigen. Nach dem Versicherungsvertragsgesetz wird die Kündigung in Bezug auf die Vertragsteile der mitversicherten Personen aber nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Die Regelung dient dem

Schutz der mitversicherten Person, damit ein Vertrag nicht ohne Wissen des Betroffenen beendet wird. Der Ombudsmann konnte dem Beschwerdeführer nicht helfen, da die Tochter auch andernfalls zu einem späteren Zeitpunkt Versicherungsleistungen verlangen könnte, wenn ihre Kenntnis von der Beendigung nicht nachgewiesen ist.

Behandlungspflege

Ein privat krankenversicherter junger Mann fiel im Alter von zwanzig Jahren auf Grund einer Gehirnblutung in eine tiefe Bewusstlosigkeit. Mehrfach wurden Operationen notwendig, um sein Leben zu retten. Schwer behindert entlassen wurde der junge Mann zum Pflegefall. Nachdem die stationäre Pflege eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes bewirkte, wurde der junge Mann in die häusliche Pflege genommen. Sowohl ein häuslicher Pflegedienst, als auch die Eltern betreuten ihn seitdem unentwegt. Der Gutachter der Pflegebegutachtung der privaten Krankenversicherung MEDICPROOF erachtete eine 24-Stunden-Pflege als notwendig. Die private Krankenversicherung bewilligte auf Kulanzbasis zwölf bzw. neunzehn Stunden Behandlungspflege. Dies führte dazu, dass die medizinisch nicht ausgebildeten Eltern die nicht bezahlten Pflegestunden leisteten und die Nachtwache übernahmen. Der Versicherer vertrat zunächst die juristisch korrekte Auffassung, dass die Behandlungspflege vom Versicherungsschutz nicht gedeckt sei. Daher käme nur eine Kulanzleistung in Frage, die nach dem tatsächlichen Pflegeaufwand bestimmt werde. Der Ombudsmann begrüßte die kulante Regelung, beharrte jedoch auf den Feststellungen des Gutachters, der eine 24-Stun-

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

den-Pflege dokumentiert hatte. Darin war aufgenommen worden, dass „es zu jedem Zeitpunkt rund um die Uhr zu unvorhersehbaren Problemen kommen könne, die ein sofortiges Eingreifen einer geschulten Pflegefachkraft zwingend erforderlich machen.“ Er konnte den Versicherer auf Grund dieser besonderen Pflegesituation davon überzeugen, dass eine medizinisch kompetente „Rundum“-Betreuung erforderlich sei. Daraufhin sagte der Versicherer zu, die freiwilligen Leistungen der Behandlungspflege durch eine weitere Zahlung in Höhe des AOK-Satzes für beobachtende Tätigkeiten zu ergänzen, wenn der tatsächliche Pflegeaufwand nachgewiesen werde.

Kinderwunschbehandlung

Ein privat krankenversicherter Mann wandte sich an den Ombudsmann, um die Kostenübernahme für eine Kinderwunschbehandlung (ICSI = intracytoplasmatische Spermieninjektion) klären zu lassen. Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der Behandlung mit einer vierzigjährigen gesetzlich versicherten Frau verheiratet. Die private Krankenversicherung lehnte die Kostenerstattung aufgrund des Alters der Ehefrau ab. Die Erfolgsaussichten der Behandlung seien ab diesem Alter zu schlecht. Auch die gesetzliche Krankenversicherung erstatte die Kosten nicht, wenn das vierzigste Lebensjahr überschritten sei. Der Ombudsmann vertrat die Auffassung, dass der Versicherer die Erstattung der Behandlungskosten nicht schematisch aufgrund des Alters der Ehefrau ablehnen solle. Die linderungsbedürftige Krankheit liege bei dem Mann vor, so dass es auf eine Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung der Frau nicht

ankomme. Nach der einschlägigen höchstrichterlichen Rechtsprechung für die PKV müsse die Erfolgswahrscheinlichkeit in Abhängigkeit vom Alter und weiteren individuellen Faktoren beurteilt werden. Unter Berücksichtigung des Deutschen IVF-Registers und der Tatsache, dass eine vorangegangene ICSI-Behandlung bereits erfolgreich durchgeführt wurde, empfahl der Ombudsmann dem Versicherer, die Behandlungskosten zu übernehmen. Dieser Empfehlung ist der Versicherer gefolgt.

Schulterbewegungsschiene

Ein privat krankenversicherter Mann verletzte sich bei einem Unfall die Schulter. Sein Arzt verordnete ihm Krankengymnastik durch einen Physiotherapeuten. Zusätzlich empfahl der Arzt die Nutzung einer Schulterbewegungsschiene. Die hierfür angefallenen Mietkosten wollte der Versicherer nicht übernehmen. Mit der Ablehnung war der Beschwerdeführer nicht einverstanden. Die Bewegungsschiene konnte nicht als Heilbehandlung oder Heilmittel angesehen werden, da diese Leistungen durch Ärzte bzw. staatlich geprüfte Angehörige von Heilberufen erbracht werden müssen. Als Hilfsmittel konnte die Bewegungsschiene ebenfalls nicht eingeordnet werden, denn diese sollen körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen. Eine Schulterbewegungsschiene soll vielmehr die Krankengymnastik ersetzen bzw. ergänzen. Damit handelte es sich um ein Therapiegerät, das nicht vom Versicherungsschutz erfasst war. Da der Beschwerdeführer bereits krankengymnastisch behandelt wurde, konnte sich der Ombudsmann nicht für eine zusätzliche Übernahme der Mietkosten aussprechen.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Zusatzversicherung über GKV

Der gesetzlich krankenversicherte Beschwerdeführer beantragte über seine Krankenkasse eine Zusatzversicherung bei einer privaten Krankenversicherung im Rahmen einer Kooperation. Die Gesundheitsfragen hat der Beschwerdeführer nicht beantwortet, da er davon ausging, dass sein Gesundheitszustand bekannt sei. Daraufhin kam der Vertrag zustande. Nachträglich erfuhr der private Versicherer, dass der Beschwerdeführer an verschiedenen Vorerkrankungen bei Vertragschluss litt. Der Versicherer trat vom Versicherungsvertrag zurück, da die Beschwerden im Antragsformular nicht genannt waren. Der Rücktritt der Versicherers war rechtmäßig. Bei Antragstellung wurde ausdrücklich nach dem Gesundheitszustand gefragt. Auch wenn eine Kooperation zwischen den beiden Versicherern bestand, war der Beschwerdeführer verpflichtet, die Fragen zu beantworten. Die Gesundheitsdaten konnten ohne sein Einverständnis auch gar nicht weitergegeben werden. Da für eine private Krankenversicherung u. a. der Gesundheitszustand maßgeblich ist, war die zutreffende und vollständige Beantwortung der Gesundheitsfragen zwingend erforderlich. Allerdings war nach Ansicht des Ombudsmanns nicht von der Hand zu weisen, dass der Beschwerdeführer die Fragen in gutem Glauben nicht beantwortete, da sich die Situation für ihn so darstellte, dass beide Versicherer auf Grund der Kooperation eng zusammenarbeiteten. Als Kompromiss schlug der Ombudsmann daher vor, die Zusatzversicherung ab Beginn aufzuheben und die bereits gezahlten Beiträge an den Beschwerdeführer zurückzuzahlen. Der Beschwerdeführer und der Versicherer akzeptierten diesen Vorschlag.

Schwenkbarer Autositz

Die Ehefrau des Beschwerdeführers war schwerbehindert und erhielt Leistungen nach der Pflegestufe III. Der Beschwerdeführer beantragte für sie die Erstattung der Kosten für einen schwenkbaren Autositz, um das Ein- und Aussteigen zu erleichtern. Der Versicherer verneinte seine Leistungspflicht aus der Pflegepflicht- und Krankenversicherung. Der Beschwerdeführer ließ den Anspruch durch den Ombudsmann prüfen. Dieser bestätigte die Haltung des Versicherers. Eine Erstattung über die Pflegepflichtversicherung war nicht möglich. Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass nur die Pflegehilfsmittel beansprucht werden können, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Sinn und Zweck der Pflegeversicherung sei u. a. die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen, die das Verbleiben des Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld ermöglichen bzw. die Notwendigkeit einer stationären Pflege vermeiden. Der schwenkbare Autodrehstuhl erfüllte diese Voraussetzungen nicht, denn er stellte eine Verbesserung der Lebensführung außerhalb des häuslichen Bereichs dar. Außerdem diente der Autositz vorrangig dem Ausgleich der Behinderung und damit nicht der Lebensführung. Eine Erstattung war ebenfalls aus der Krankenversicherung nicht möglich. In den Versicherungsbedingungen waren abschließend die erstattungsfähigen Hilfsmittel aufgezählt. Ein Versicherer ist berechtigt, die Kostenzusage zur Risikobegrenzung auf bestimmte Hilfsmittel zu beschränken. Der schwenkbare Autositz war in der Liste nicht genannt. Die Beschwerde hatte keinen Erfolg.

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

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

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

Mitgliedsunternehmen

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

HanseMercur 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

HanseMercur 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.

Pettenkofersstraße 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

Taunusstraße 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

Mitgliedsunternehmen

SONO Krankenversicherung a.G.

Hans-Böckler-Straße 51, 46236 Bottrop
Tel.: (02041) 18 22-0
Fax: (02041) 18 22-10
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 Bundesbahn- beamten

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

Beteiligte Einrichtungen außerhalb des Verbandes der privaten Kranken- versicherung e.V.:

CSS Versicherung AG

Herrngasse 8,
LI 9490 Vaduz (Liechtenstein)
Tel.: (00423) 3 75 02 77
Fax: (00423) 3 75 02 78
www.cssversicherung.com
info@cssversicherung.com

Krankenversorgung der Europäischen Zentralbank Administration

Vanbreda International
Plantin en Moretuslei 299,
2140 Antwerpen (Belgien)
Tel.: (0032) 32 17 69 52
Fax: (0032) 36 63 24 35
www.vanbreda-international.com
mcc101@vanbreda.com

Stand: Januar 2009

Weitere Anlaufstellen für Versicherte:

Bundesanstalt für Finanzdienst- leistungsaufsicht – 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. (für Versicherungen außerhalb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung)

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. Die Ombudsstelle ist auch für Beschwerden von Bürgern gegen Versicherungsvermittler zuständig, soweit es sich um die erfolgte oder versuchte Vermittlung von privaten Kranken- und Pflegeversicherungen handelt, sowie für Streitigkeiten mit Versicherungsberatern im Zusammenhang mit dem Zustandekommen von Versicherungsverträgen. Für die Tätigkeit der Ombudsstelle gilt das folgende Statut.

§ 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-, Versicherungsvermittlungs- oder Versicherungsberaterbranche 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 und Krankenversicherungsunternehmen (sowie in Ausnahmefällen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen) zu vermitteln und möglichst eine Versöhnung der Parteien herbeizuführen. Das gleiche gilt für Beschwerden gegen Versicherungsvermittler (Vermittlerbeschwerden) und Versicherungsberater (Beraterbeschwerden).

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

Statut für den Ombudsmann

- 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.

§ 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. Beschwerden gegen Vermittler können nur behandelt werden, wenn nachgewiesen wird, dass es sich um eine erfolgte oder versuchte Vermittlung von privaten Kranken- oder Pflegeversicherungen handelt. Beschwerden gegen Versicherungsberater können nur behandelt werden, wenn es sich um eine erfolgte oder versuchte Beratung im Zusammenhang mit der Vermittlung von privaten Kranken- und Pflegeversicherungen handelt.

(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 sechs 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 entgegen genommen 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. Bei Vermittler- und Beraterbeschwerden kann die Ombudsstelle in begründeten Fällen von dem Vermittler oder Berater eine Aufwandsentschädigung verlangen, die 50 Euro nicht übersteigt.

Statut für den Ombudsmann

§ 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 Entscheidung nicht erfolgt ist, sechs Wochen nach Einlegung der Beschwerde bei dem Versicherungsunternehmen.

(2) Die Verjährung eines Anspruches ist 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. Hierauf soll der Ombudsmann zu Beginn des Beschwerdeverfahrens schriftlich hinweisen.

§ 6 Verfahrensgrundsätze

Nach Einreichung der Beschwerde ermittelt der Ombudsmann von Amts wegen den Sach- und Streitstand. Er hat dabei auch die Parteien zu hören. Der Ombudsmann ist in der Beweiswürdigung der erhaltenen Auskünfte frei. Die Verweigerung einer Auskunft kann bei der Beweiswürdigung berücksichtigt werden.

§ 7 Einigung, Entscheidung

(1) Der Ombudsmann soll in jedem Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens eine gütliche Einigung der Parteien anstreben. Kommt zwischen den Parteien keine gütliche Einigung zustande, entscheidet der Ombudsmann durch förmliche schriftliche Empfehlung, von der er die Beteiligten unverzüglich in Kenntnis setzt.

(2) Für die Beurteilung einer Beschwerde durch den Ombudsmann ist der Inhalt des Versicherungsvertrages, das Gesetzesrecht sowie die dazu ergangene Rechtsprechung maßgeblich.

(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 der § 2 Abs. 3 und 4, § 3 Abs. 3, § 4 Abs. 1 sowie § 5.

(4) In Bagatellsachen (Streitwert bis zu 50 Euro) kann der Ombudsmann die Annahme der Beschwerde wegen Geringfügigkeit ablehnen.

§ 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.

Statut für den Ombudsmann

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

§ 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 schriftlich und in strukturierter Form über seine Tätigkeit in diesem Jahr und die dabei gewonnenen Erfahrungen.

§ 12 Finanzierung

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

§13

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

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

