

OMBUDSMANN

Private Kranken- und Pflegeversicherung

TÄTIGKEITSBERICHT

2010



Der vorliegende Jahresbericht über die Tätigkeit des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung ist mittlerweile der neunte seiner Art. Ich möchte diesen Anlass nutzen, um einige grundsätzliche Bemerkungen zur Einrichtung und zu den Aufgaben des Ombudsmanns zu machen.

Der Ombudsmann ist vor nun fast zehn Jahren als Schlichtungsstelle für Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen und ihren Versicherten gegründet worden. Damals bestanden noch Zweifel, ob eine solche Einrichtung überhaupt notwendig sei. Manch einer fragte sich, ob angesichts der vielen bereits existierenden Beschwerdemöglichkeiten eine weitere hinzugefügt werden müsse. Der Versicherte konnte sich ja seit jeher bei Vorstand und Aufsichtsrat seines Versicherers, bei Verbraucherschutzverbänden und vor allem auch bei der zuständigen Versicherungsaufsichtsbehörde beschweren. Gegenstand der meisten Beschwerden würden, so glaubte man, vor allem die Beitragsanpassungen sein, die angesichts der strikten gesetzlichen Bestimmungen keinen Spielraum für Schlichtungsbemühungen zuließen. Schließlich wurde auch bemängelt, dass der Ombudsmann für die Krankenversicherung, anders als der Ombudsmann für die anderen Versicherungszweige, keine verbindliche Entscheidungsbefugnis habe, sondern nur Empfehlungen aussprechen könne.

Die Entwicklung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass die Bedenken unbegründet waren. Allein der stetige Anstieg der schriftlichen Eingaben von 2.358 im ersten Geschäftsjahr 2001/ 2002 (14 Monate) auf nunmehr fast 6.000 im Jahr 2010 zeigt, dass die Institution Ombudsmann von den Ver-

sicherten anerkannt und zunehmend in Anspruch genommen wird. Den Versicherten kommt es letztlich nicht darauf an, ob der Ombudsmann bei seiner Arbeit selbst Entscheidungen treffen darf oder nicht. Maßgeblich für sie ist vielmehr, ob der Ombudsmann mit seinen Bemühungen Erfolg hat oder nicht. Erfolg hat der Ombudsmann der privaten Krankenversicherung in der weit überwiegenden Zahl der Fälle durch seine Anregungen und Empfehlungen. Lediglich bei einer einzigen Grundsatzfrage ist der Versicherer der förmlichen Empfehlung des Ombudsmanns nicht gefolgt. Hier musste ein Gericht entscheiden, das die Ansicht des Ombudsmanns geteilt hat.

Was die Prämienanpassungen angeht, so trifft es zu, dass dem Schlichtungsverfahren enge Grenzen gesetzt sind. Hier kann der Ombudsmann dem Versicherten nur im Einzelnen erklären, warum das Unternehmen die Prämien in seinem Tarif erhöhen muss; außerdem wird der Versicherer gebeten, dem Kunden Tarifwechselföglichkeiten aufzuzeigen. Der Ombudsmann versucht den Versicherten zu verdeutlichen, dass die Prämiensteigerungen auf Umstände zurückzuführen sind, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat und die er daher auch nicht im Voraus bei der Prämienkalkulation berücksichtigen kann, vor allem Kostensteigerungen im Gesundheitswesen einschließlich der Auswirkungen der demographischen Entwicklung. Diese Argumentation, von deren Richtigkeit der Ombudsmann auch weiterhin überzeugt ist, wird konterkariert durch die unverhältnismäßigen Provisionszahlungen einiger Versicherer, die damit dem Image der ganzen Branche schaden. Es bleibt zu hoffen, dass die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht mit ihren Appellen zur Provisionsbegrenzung Erfolg hat. Es wäre hilfreich, wenn eine etwaige Aufsicht über die Makler

sicherstellen könnte, dass diese in erster Linie den Interessen ihrer Kunden verpflichtet sind.

Nicht immer hat der Versicherte das Ziel, mit seiner Eingabe eine Änderung der Entscheidung seines Versicherers zu erlangen. Er will häufig nur erreichen, dass eine unabhängige Instanz, zu der er Vertrauen hat, sich seiner Sache annimmt und überprüft, ob die Ansicht des Versicherers im konkreten Fall zutreffend ist.

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung hat nach seiner Satzung die Aufgabe, im Fall von Beschwerden zwischen Versicherten und Krankenversicherern sowie zwischen Versicherten und Maklern oder Versicherungsberatern zu vermitteln und möglichst eine Versöhnung der Parteien herbeizuführen. Der Ombudsmann ist also kein Richter, sondern ein Schlichter. Ein Richter subsumiert den Sachverhalt anhand der gesetzlichen Bestimmungen und fällt dann in der Regel ein Urteil. Der Ombudsmann prüft die Rechtslage ebenfalls. Damit ist aber seine Arbeit nicht abgeschlossen. Er soll ja versuchen, die Streitigkeit friedlich im Interesse beider Parteien beizulegen.

Würde er sich dabei nur auf die Rechtslage beschränken, wäre er überflüssig. Denn nach meinen Erfahrungen aus langjähriger Aufsichtsbeamtenpraxis und nun auch aus dreijähriger Ombudsmanntätigkeit verstoßen die deutschen Versicherer nur ganz selten gegen gesetzliche Vorschriften und wenn, dann aus Versehen, was bei einem Massengeschäft wie dem Versicherungswesen nie völlig zu vermeiden sein wird. Die „Erfolgsquote“ des Ombudsmanns würde gegen null tendieren, was sicher nicht im allgemeinen Interesse wäre.

Vorwort Dr. Müller

Daraus ergibt sich, dass Schlichtung mehr bedeutet als Prüfung der Rechtslage. Schlichtung bedeutet Prüfung der Umstände des Einzelfalles, um herauszufinden, welche Möglichkeiten zur friedlichen Lösung und damit zur Vermeidung eines gerichtlichen Verfahrens bestehen. Diese Umstände können z. B. sein: Unklarheit der Rechtslage, ungeklärter Sachverhalt, Zwangslage des Versicherten bei unterschiedlichen Auffassungen von Ärzten und Versicherern über die Frage der medizinischen Notwendigkeit und ähnliche Situationen. Hier handelt es sich häufig um Fälle, die außerhalb der rechtlichen Betrachtung liegen. Mit einer formalrechtlichen Handhabung ist eine Schlichtung meistens nicht möglich.

Als ein Beispiel sei die Behandlung der Fälle genannt, in denen der Versicherte ohne die notwendige Zustimmung des Versicherers in eine sogenannte Gemischte Anstalt geht, die neben Krankenhausbehandlungen auch Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen anbietet. Hier konnten Ombudsmann und Aufsichtsbehörde darauf hinwirken, dass trotz klarer Rechtslage – kein Anspruch auf Leistung – der Versicherer nachträglich anhand der Entlassungsberichte prüft, ob nicht doch eine Akutbehandlung stattgefunden hat, mit der Folge, dass die Kosten zumindest teilweise übernommen werden.

Besonders erfreulich war, dass das Bundesverwaltungsgericht die in zahlreichen förmlichen Empfehlungen geäußerte Auffassung des Ombudsmanns als zutreffend bestätigt hat, wonach der Tarifstrukturzuschlag, den ein Versicherer beim Tarifwechsel erhoben hat, gegen § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verstößt. Der Versicherer hat, wie vorher im Ombudsmannverfahren versprochen, die Tarifstrukturzuschläge an die betroffenen Versicherten zurückge-

zahlt. Ansonsten haben sich die Beschwerdegegenstände in den drei Jahren meiner Tätigkeit kaum geändert.

Der Ombudsmann ist auch zuständig für Beschwerden der Versicherten über Versicherungsvermittler und Versicherungsberater. Das Aufkommen von direkten Beschwerden gegen diesen Personenkreis ist gering. Beschwerden gegen Versicherungsberater gab es bislang keine. Beschwerden über Vermittler sind überwiegend in den Beschwerden über die Versicherer enthalten. Hier zeigt sich, dass der Versicherte den Unterschied zwischen Versicherungsmakler und Versicherungsvertreter oft nicht kennt. Er weiß nicht, dass der Makler sein Sachwalter ist. Er ist dann überrascht, wenn der Ombudsmann ihm mitteilt, dass bei einer Falschberatung in diesem Fall nicht das Versicherungsunternehmen haftet, sondern der von ihm beauftragte Makler. Es gibt kaum noch Makler, die sich der Zusammenarbeit mit dem Ombudsmann entziehen. Trotzdem bleibt bedauerlich, dass es in der Praxis keine geregelte Aufsicht über Versicherungsmakler gibt. Alle Versuche des Ombudsmanns, die Fälle von Missbrauch (keine Zulassung, keine Reaktion gegenüber dem Versicherten oder gar dem Ombudsmann) durch Sanktionen abzustellen, sind bislang im bürokratischen Sand verlaufen.

Abschließend möchte ich sagen, dass ich mit Freude auf meine über dreijährige abwechslungsreiche Tätigkeit zurückblicke. Dem Ombudsmannverfahren kommt meiner Meinung nach sowohl für die Versicherten als auch für die privaten Krankenversicherer eine große Bedeutung zu.



Inhaltsverzeichnis

Der Ombudsmann der PKV 10

Das Ombudsmannverfahren 12

- Organisation der Ombudsstelle 12
- Verfahrensablauf 12
- Verfahrensgarantien 15
 - 1. Unparteilichkeit
 - 2. Qualifikation des Ombudsmannes
 - 3. Verjährungshemmung
 - 4. Prüfungskompetenz

Beschwerdezahlen 16

- Entwicklung des Beschwerdeaufkommens 16
- Beschwerdestatistik 17
- Schlichtungserfolge 18

Tätigkeitsschwerpunkte 21

- Medizinische Notwendigkeit 21
- Gebührenstreitigkeiten 23
- Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht 24
- Nachversicherungsnachweis bei Kündigungen 26
- Tarifwechsel 27
- Physiotherapie 28
- Zahnzusatzversicherungen 29
- Versicherungsfall vor Versicherungsbeginn 30
- Professionelle Zahnreinigung 32
- Beratungs- und Informationspflichten 34

Fälle aus der Ombudsmannpraxis 36

- Begrenzung des Risikozuschlags bei einem Tarifwechsel 36
- Kieferorthopädische Behandlung 37
- Kinderwunschbehandlung 38
- Nachsorge mittels Magnetresonanztomographie (MRT) 39
- Individuelle schriftliche Leistungszusage 40
- Schweigepflichtentbindungserklärung 41
- Kündigung einer Zusatzversicherung 43
- Geschäftsunfähigkeit 44

Ausblick 45

- Personelle Veränderung 45
- Sonstiges 45

Liste der Mitgliedsunternehmen 46

Statut für den Ombudsmann 52

Der Ombudsmann der PKV

Im Oktober 2001 wurde der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung als unabhängige Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten im Zusammenhang mit einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung und die sich bei ihrer Durchführung ergebenden Fragen eingesetzt. Die Schlichtungsstelle ist als solche vom Bundesministerium der Justiz anerkannt.

Mit der Einrichtung der Ombudsstelle eröffnen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ihren Kunden die Möglichkeit, Meinungsverschiedenheiten im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung außergerichtlich zu klären. Ein Mitgliedsverzeichnis sowie weitere beteiligte Einrichtungen finden sich am Ende des Berichtes.

Seit November 2007 hat Dr. Helmut Müller das Amt des Ombudsmanns ausgeübt. Dr. Müller war bis 2002 Präsident des früheren Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen, dem er in verschiedenen Funktionen insgesamt 35 Jahre lang angehörte. Nach seinem dortigen Ausscheiden arbeitete der Jurist als Berater nationaler und internationaler Organisationen. Dr. Müller beendet seine Tätigkeit als Ombudsmann nach Ablauf seiner Amtszeit Ende 2010 aus Altersgründen und übergibt sein Amt an Dr. Klaus Theo Schröder.

Aufgabe des Ombudsmanns ist es, vermittelnd zwischen den Versicherten und den Unternehmen sowie Versicherungsvermittlern und -beratern auf eine Streitschlichtung hinzuwirken. Der Ombudsmann versucht insbesondere, den Versicherten die rechtlichen Hintergründe der jeweiligen

Sachverhalte zu erläutern und dabei seine Entscheidung transparent und verständlich darzulegen. Dabei hat er in wachsendem Maße vermehrt dazu beigetragen, Klarheit in das für den Laien oftmals schwer verständliche Versicherungswerk zu bringen und so auch zukünftigen Streitigkeiten vorzubeugen.

Der Ombudsmann ist Mitglied im FIN-NET, dem grenzüberschreitenden außergerichtlichen Beschwerdenetzwerk 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. Durch die Zusammenarbeit der Schiedsstellen unter dem Dach von FIN-NET erhalten die Verbraucher Zugang zu außergerichtlichen Schiedsverfahren in grenzüberschreitenden Streitfällen.

Das Ombudsmannverfahren

Organisation der Ombudsstelle

Bei seiner Schlichtungstätigkeit wird der Ombudsmann derzeit von sieben Volljuristen/innen sowie vier Mitarbeiterinnen im Sekretariat unterstützt. Dabei stehen die Juristen den Versicherungsnehmern auch telefonisch für allgemeine Informationen und Auskünfte zum Verfahren zur Verfügung. Eine Beschwerde kann jedoch nur auf dem schriftlichen Weg eingereicht werden. Neben der postalischen Einreichung existiert dafür auch die Möglichkeit, eine Online-Beschwerde über die Internetseite des Ombudsmanns unter www.pkv-ombudsmann.de einzureichen.

Das Ombudsmannverfahren ist für die Versicherungsnehmer kostenlos. Lediglich die Auslagen für die Einreichung der Beschwerde (Porto etc.) sowie etwaige Honorarkosten für einen beauftragten Rechtsanwalt sind vom Versicherungsnehmer selbst zu tragen.

Der Sitz des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung befindet sich in Berlin.

Verfahrensablauf

Sobald eine Beschwerde im Bereich Kranken- und Pflegeversicherung beim Ombudsmann eingeht, wird sie auf ihre Zulässigkeit überprüft. Sollte die Beschwerde einen anderen Versicherungszweig betreffen, erfolgt eine Weiterleitung an den Versicherungsombudsmann e.V., der sich um alle Fragen der Lebens- und Sachversicherung kümmert. Unzulässig ist eine Beschwerde aber auch dann, wenn sie verspätet ein-

gelegt wurde oder eine gerichtliche Klärung der Angelegenheit stattfindet oder stattgefunden hat. Darüber hinaus kann der Ombudsmann die Annahme einer Beschwerde in Bagatellsachen (Streitwert bis zu 50 Euro) wegen Geringfügigkeit ablehnen oder entscheiden, dass eine Beschwerde offensichtlich unbegründet ist.

Sofern keine Zulässigkeitshindernisse festgestellt werden, erhält der Beschwerdeführer eine Eingangsbestätigung, die über den weiteren Verlauf des Ombudsmannverfahrens informiert. Innerhalb einer Woche wird der jeweilige Versicherer um Stellungnahme gebeten, um ihm so die Möglichkeit zu eröffnen, seine bisher getroffene Entscheidung noch einmal zu überprüfen. Wenn die Stellungnahme des Versicherers beim Ombudsmann eintrifft, wird der Beschwerdefall inhaltlich durch den Ombudsmann und die juristischen Mitarbeiter geprüft.

Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage von Recht und Gesetz unter Berücksichtigung der einschlägigen Rechtsprechung und der jeweiligen Versicherungs- und Tarifbedingungen, wobei die Besonderheiten des Einzelfalles berücksichtigt werden. Dabei versucht der Ombudsmann, ein Vermittlungsergebnis zu erreichen, so dass ein möglicher Rechtsstreit vermieden werden kann. Wenn die Beschwerde auf diesem Wege abschließend bearbeitet worden ist, teilt der Ombudsmann dem Beschwerdeführer und dem Versicherer den Verfahrensausgang in einer unverbindlichen Stellungnahme schriftlich mit. Dabei kommen folgende Ergebnisse vor:

Das Ombudsmannverfahren

- Wenn der Ombudsmann der Beschwerde aus Rechtsgründen nicht abhelfen kann, erklärt er dem Beschwerdeführer, warum die Entscheidung seines Versicherers nicht zu beanstanden ist und stellt ihm die Rechtslage dar.
- 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 diesem Vorschlag, leitet der Ombudsmann ihn auch 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. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die Versicherer der förmlichen Empfehlung in der Regel folgen.

Verfahrensgarantien

1. Unparteilichkeit

Die Ausübung der Ombudsmann Tätigkeit erfolgt unabhängig; der Ombudsmann ist an keine Weisungen gebunden und in seiner Entscheidung frei.

2. Qualifikation des Ombudsmanns

Der Ombudsmann verfügt über die für die Ausübung des Amtes erforderliche Befähigung und über Erfahrungen im Bereich der privaten Krankenversicherung sowie im Gesundheitswesen. Er darf nicht in der Krankenversicherungs- oder Versicherungsvermittlungs- bzw. Versicherungsberaterbranche oder in einem Beruf, der die Erbringung von Leistungen im Gesundheitswesen zum Gegenstand hat, arbeiten oder dort irgendeine Stellung bekleiden. Auch vor diesem Hintergrund ist die Neutralität des Ombudsmanns gewährleistet.

3. Verjährungshemmung

Die Verjährung eines Anspruchs ist vom Beginn des Tages gehemmt, an dem die Beschwerde beim Ombudsmann eingeht. Die Hemmung endet mit dem Tag, an dem dem Beschwerdeführer die Mitteilung über die Beendigung des Beschwerdeverfahrens zugeht.

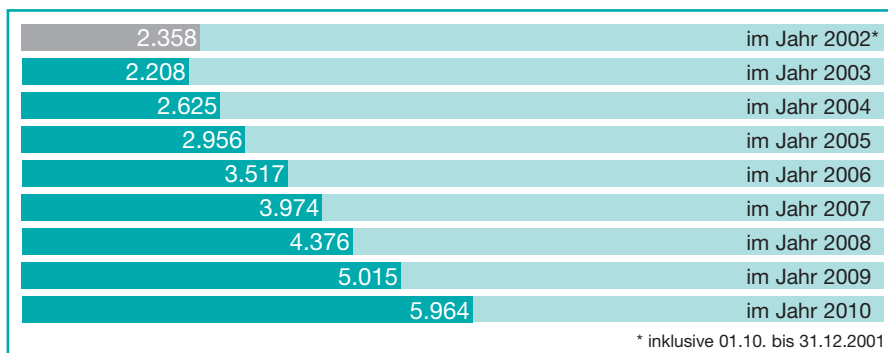
4. Prüfungskompetenz

Der Ombudsmann hat bei seinen Entscheidungen Recht und Gesetz zu beachten. Unabhängig davon kann er jederzeit Vorschläge für eine gütliche Einigung unterbreiten.

Beschwerdezahlen

Entwicklung des Beschwerdeaufkommens

Wie schon in den vorangegangenen Jahren stieg auch 2010 die Zahl der Beschwerden und Schlichtungsanfragen im Vergleich zum Vorjahr deutlich an, und zwar um 19 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Insgesamt gingen 5.964 (Vorjahr: 5015) Beschwerden beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ein. Dieser Trend, der sich wohl in den kommenden Jahren fortsetzen wird, lässt sich anhand der nachfolgenden Graphik verdeutlichen:



Über die Gründe für den stetigen Anstieg des Beschwerdeaufkommens kann der Ombudsmann nur mutmaßen. Eine zögerlichere oder strengere Schadensregulierung der Versicherer ist nicht festzustellen. Er geht aufgrund der stärkeren Medienpräsenz von einer gestiegenen Wahrnehmung der Ombudsstelle in der Bevölkerung aus. Dazu hat im Jahr 2010 sicher auch die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts beigetragen, wonach die Erhebung eines Tarifstrukturzuschlags gegen § 204 VVG verstößt. Das Bundesverwaltungsgericht entschied diesen Rechtsstreit im Sinne der Rechtsansicht, die der Ombudsmann bereits im Rahmen

einer Vielzahl förmlicher Empfehlungen und gegenüber der Öffentlichkeit vertreten hatte.

Der Ombudsmann sieht die steigenden Beschwerdezahlen als Vertrauensbeweis an. Nach seinen Erfahrungen kann von der Entwicklung des Beschwerdeaufkommens nicht generell auf das Verhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer geschlossen werden. Im Verhältnis zu den insgesamt rund 30 Millionen PKV-Verträgen in der Voll- und Zusatzversicherung ist die verschwindend geringe Beschwerdezahl für die Branche erfreulich niedrig, nämlich weit unter einem Prozent.

Hervorzuheben ist, dass trotz der steigenden Beschwerdezahlen die Bearbeitungszeiten im Ombudsmannverfahren weiterhin verkürzt werden konnten. Eilige Fälle, etwa solche, bei denen Personen ihren Versicherungsschutz verloren haben, werden nach wie vor bevorzugt bearbeitet.

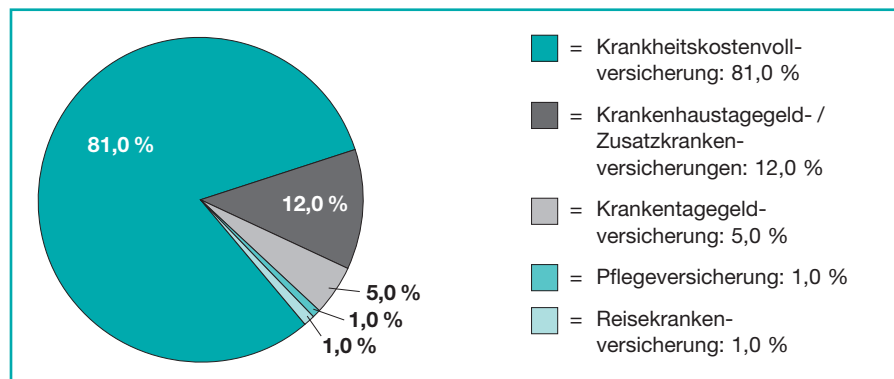
Beschwerdestatistik

Von den 5.964 schriftlichen Beschwerden waren 1.029 (17 Prozent) unzulässig. 143 Verfahren wurden eingestellt, da sich das Beschwerdeanliegen z. B. durch vorherige Einigung erledigt hatte. Täglich erreichen den Ombudsmann etwa 25 telefonische Anfragen. Auf diesem Weg können kleinere Schwierigkeiten bereits häufig ausgeräumt werden.

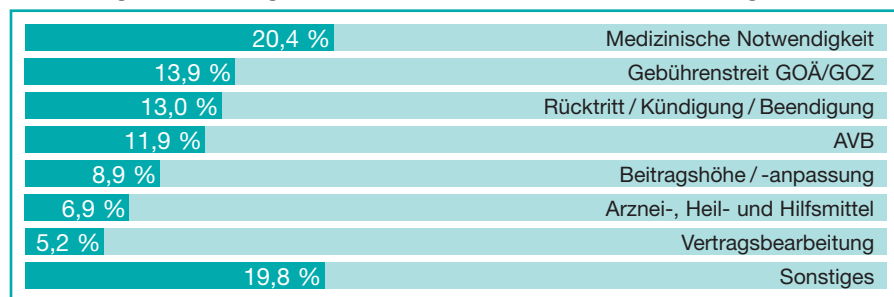
Hinsichtlich der Beschwerdethemen setzt sich der Trend aus den vergangenen Jahren fort. 82 Prozent der Beschwerden entfielen auf Krankheitskostenvollversicherungen, 12 Prozent auf Zusatz- und Krankenhaustagegeldversicherungen und

Beschwerdezahlen

Verteilung des zulässigen Beschwerdeaufkommens 2010



Verteilung der zulässigen Beschwerden in der Vollversicherung



5 Prozent auf Krankentagegeldversicherungen. Die einzelnen Themenschwerpunkte sind ebenfalls schon seit Jahren dieselben. Beschwerden zum Basistarif sind im Vergleich zum Vorjahr jedoch kaum noch aufgetreten.

Schlichtungserfolge

Insgesamt wurden im vergangenen Jahr 4.800 Beschwerden abschließend bearbeitet. Von den im Jahr 2010 angelegten

zulässigen Akten wurden bis zur Abfassung dieses Berichts 4.480 Beschwerden abgeschlossen. Davon endeten 28 Prozent mit einem vollständigen oder teilweisen Erfolg für die Beschwerdeführer. Lediglich 0,2 Prozent aller Beschwerden wurden mit einer förmlichen Empfehlung des Ombudsmanns gemäß § 7 Abs. 1 des Statuts abgeschlossen. Wie bereits dargelegt, spricht der Ombudsmann eine förmliche Empfehlung nur aus, wenn der Versicherer seiner Empfehlung im Rahmen des Verfahrens nicht folgt. Insgesamt wird durch die geringe Zahl der förmlichen Empfehlungen die kompromissbereite Zusammenarbeit der Unternehmen mit dem Ombudsmann deutlich.

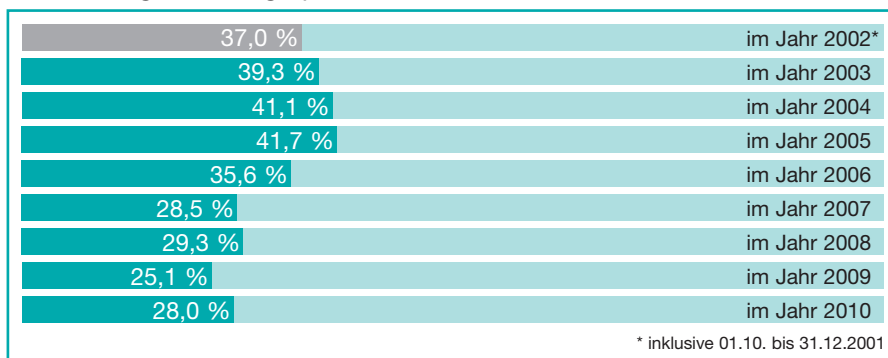
Aber auch die 72 Prozent „erfolglosen“ Beschwerden sind keineswegs belanglos. Immerhin verschaffen sie dem Versicherungsnehmer größere Rechtsklarheit. Wer den Weg zum Gericht – nicht zuletzt wegen der damit verbundenen Kosten – scheut, kann sich die rechtlichen Hintergründe vom Ombudsmann verständlich darlegen lassen.

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 Sachverhalte (z. B. medizinische Notwendigkeit, Auslegung der Gebührenordnungen) nur schwer möglich ist. Oftmals können die Unternehmen von sich aus keine Vergleichslösungen anbieten. Hier bildet das Ombudsmannverfahren eine gute Plattform, einen vermittelnden Weg einzuschlagen und Kompromisse zu suchen, um gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und zu einem guten Ein-

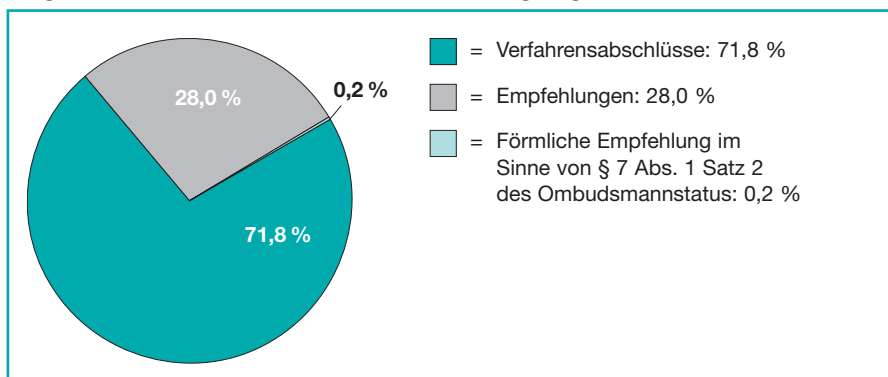
Beschwerdezahlen

vernehmen 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 rechtlichen Zusammenhänge in verständlicher Sprache erklärt werden.

Entwicklung der Erfolgsquote



Abgeschlossene Fälle der im Jahr 2010 angelegten Akten: 4.480



Tätigkeitsschwerpunkte

Um die Tätigkeitsschwerpunkte direkt mit den Versicherungsunternehmen zu besprechen, findet etwa alle zwei Jahre eine Konferenz statt, in der der Ombudsmann auf die aus seiner Sicht problematischen Sachthemen aufmerksam macht. Eine solche Konferenz fand im September 2010 statt und stieß wie in den Vorjahren auf Seiten der Versicherer auf reges Interesse. Den Unternehmen ist daran gelegen, Problembereiche umfassend zu bearbeiten und praktikable Lösungen zu finden. Ombudsmann und Unternehmen können auf diese Weise zahlreiche Sachverhalte klären, so dass hier Streitpotenzial bereits im Vorfeld vermieden werden kann.

Im Jahr 2010 sorgten vor allem die nachfolgenden Schwerpunkte im Rahmen der Konferenz für Gesprächsstoff:

Medizinische Notwendigkeit

Der zentrale Themenkomplex in der Beschwerdebearbeitung sind nach wie vor Fragen der medizinischen Notwendigkeit einzelner Behandlungsmaßnahmen. Dies betrifft sowohl die Krankheitskostenvollversicherung als auch die Zusatzversicherungen. Versicherungsschutz besteht nach den Versicherungsbedingungen nur dann für Heilbehandlungen, Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel, wenn sie „medizinisch notwendig“ sind. Was medizinisch notwendig ist, lässt sich immer nur im Einzelfall bestimmen – ein weites Feld mit großem Auslegungsspielraum. Zunehmend möchten die Versicherten auch klären lassen, ob bestimmte Präparate und Verfahren der alternativen Medizin erstattet werden müssen.

Tätigkeitsschwerpunkte

Das Spektrum zur Beurteilung von Heilbehandlungen reicht von medizinisch möglich über medizinisch sinnvoll bis hin zu medizinisch notwendig. Einen Erstattungsanspruch hat der Versicherungsnehmer aber nur im letzten Fall. Die Abwägung ist nicht immer leicht, da das Spannungsfeld zwischen medizinischer Notwendigkeit und ärztlicher Behandlungsfreiheit betroffen ist.

Auch die Frage, ob eine Erkrankung stationär oder ambulant zu behandeln ist, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit. Die Versicherer lehnen die Kostenübernahme für eine teurere stationäre Behandlung zu Recht ab, wenn eine ambulante Behandlung ausreichen würde.

Als medizinischer Laie kann der Ombudsmann Streitfälle im Zusammenhang mit der medizinischen Notwendigkeit nur selten abschließend entscheiden. Seine vermittelnde Tätigkeit beschränkt sich oft darauf, nochmals eine Überprüfung durch ärztliche Sachverständige anzuregen oder in Härtefällen eine Kulanzlösung vorzuschlagen.

Viele Auseinandersetzungen entstehen auch um die Erstattung von noch nicht ausreichend erprobten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, da diese von den Krankenversicherern nicht bezahlt werden. Die Abgrenzung zwischen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln sowie die Erstattungsfähigkeit kosmetischer Präparate spielen in der Ombudsmannpraxis eine große Rolle.

Ein weiteres Schwerpunktthema bei den Ombudsmannbeschwerden hinsichtlich der Hilfsmittel ist der Umstand, dass die Leistung in der Regel auf bestimmte, in den Tarifen ab-

schließend aufgeführte Gegenstände beschränkt ist und die Kostenerstattung für neue, in der Liste nicht genannte Hilfsmittel, ausgeschlossen ist.

Gebührenstreitigkeiten

Nach wie vor zahlreich sind die Auseinandersetzungen über die richtige Auslegung der Gebührenordnungen der Ärzte und Zahnärzte (GOÄ und GOZ). Die 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 naturgemäß gegenläufig. Gebührenstreitigkeiten sind ein besonders unerfreulicher Teil der Ombudsmann Tätigkeit, da die Gebührenordnungen komplex sind und Gerichtsentscheidungen, wenn sie denn vorliegen, sehr unterschiedlich ausfallen. Der Ombudsmann spricht sich daher seit Jahren nachhaltig dafür aus, das Gebührenrecht zu reformieren und an die geänderten medizinischen Ansprüche anzupassen, damit Streitigkeiten über die richtige Auslegung vermieden 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 behandelnden Ärzten selbst führen und gegebenenfalls auch das Prozesskostenrisiko tragen.

Tätigkeitsschwerpunkte

Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Noch intensiver als in den vergangenen Jahren muss sich der Ombudsmann mit Beschwerden über die Beendigung oder Anpassung des Versicherungsvertrags durch das Versicherungsunternehmen aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung bei Vertragsabschluss beschäftigen. Eine solche liegt vor, wenn der Versicherungsnehmer im Antrag unvollständige oder falsche Angaben gemacht hat oder seiner Nachmeldepflicht nicht nachgekommen ist. Das betrifft überwiegend Fragen zum Gesundheitszustand bzw. zum Zahnstatus.

Hintergrund der gesetzlich vorgeschriebenen Anzeigepflicht ist folgender: Die Anzeigepflicht hilft dem Versicherer, das zu versichernde Risiko im Vorfeld zu bewerten. Nur wenn der Versicherer das Krankheitskostenrisiko genau kennt, kann er unter bestimmten Voraussetzungen Versicherungsschutz gewähren. Die Anzeigepflicht besteht in Bezug auf gefahrerhebliche Umstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat. Verletzt der Versicherungsnehmer seine vorvertragliche Anzeigepflicht, stehen dem Versicherer nach § 19 VVG grundsätzlich die Sanktionen Vertragsbeendigung (Rücktritt, Kündigung) oder Vertragsänderung (Risikozuschlag, Leistungsausschluss) zu. Es besteht auch die Möglichkeit, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung gem. § 123 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) und § 22 VVG anzufechten. Der Ombudsmann prüft im Einzelnen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Oft sind sich die Versicherten bei einer unvollständigen Angabe keiner Schuld bewusst und teilen mit, sie hätten die

Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Die Erklärungen lauten dann beispielsweise „ich dachte, dass sei nicht so wichtig“ oder „ich war nicht bei einem Arzt in Behandlung, sondern nur bei einem Heilpraktiker“ oder „die Diagnose, die mir der Versicherer vorwirft, hat mir mein Arzt gar nicht genannt“. Es kommt jedoch nicht darauf an, wie wichtig der Antragsteller bestimmte Erkrankungen einschätzt oder ob ihm eine konkrete Diagnose bekannt ist. Entscheidend ist, dass die Fragen, die der Versicherer gestellt hat, wahrheitsgemäß zu beantworten sind. Die Formulierungen der Gesundheitsfragen sind oft weit und umfänglich gefasst.

Problembereiche sieht der Ombudsmann bei sogenannten Bagatellerkrankungen und der damit verbundenen Frage eines gefahrerheblichen Umstandes. Missverständnisse können auch bei der Angabe von Verdachtsdiagnosen entstehen, die Ärzte in ihren Rechnungen angeben.

Ob der Versicherer bei Vorliegen einer Anzeigepflichtverletzung den Vertrag beenden oder ändern kann, hängt vom Grad des Verschuldens ab, der dem Antragsteller hinsichtlich der fehlerhaften Angaben vorwerfbar ist. Bei einer berechtigten Vertragsbeendigung kann der Ombudsmann nur empfehlen, sich an ein anderes Versicherungsunternehmen zwecks Vertragsabschluss, gegebenenfalls im Basistarif, zu wenden.

Der Ombudsmann hat die Versicherer gebeten, stets die möglichen sozialen Folgen für die Versicherungsnehmer zu berücksichtigen und alle Möglichkeiten einer Weiterversicherung zu geänderten Bedingungen (Risikozuschlag, Leistungsausschluss) in Betracht zu ziehen. Auch wenn sich die

Tätigkeitsschwerpunkte

Situation für die Versicherungsnehmer seit der Neufassung des VVG 2009 grundsätzlich entschärft hat, weil es seltener zum Verlust des Versicherungsschutzes kommt, birgt die Möglichkeit der nachträglichen Vertragsanpassung weiter hohes Konfliktpotenzial. Beschwerden in diesem Bereich sind dementsprechend um fast 4 Prozent angestiegen.

Nachversicherungsnachweis bei Kündigungen

Im Rahmen von Beitragsanpassungen kam es 2010 vermehrt zu Problemen, wenn die Versicherten von ihrem Kündigungsrecht Gebrauch gemacht haben. Diesen Fällen war gemeinsam, dass Kündigungen wegen fehlendem oder nicht rechtzeitig eingereichtem Nachversicherungsnachweis als unwirksam zurückgewiesen wurden. So kam es bisweilen zu der Situation, dass bei zwei Versicherern Krankheitskostenversicherungen bestanden und doppelt Beiträge gezahlt werden mussten.

Problematisch ist in diesen Fällen, dass den Versicherungsnehmern häufig nicht bekannt ist, dass bei einer Kündigung der Nachweis für eine Folgeversicherung nach den Musterbedingungen (§ 13 Abs. 7 MB / KK) innerhalb der Kündigungsfrist vorliegen muss, damit die Kündigung wirksam wird. Sinn und Zweck der Regelung zur Vorlage des Nachversicherungsnachweises ist die Sicherung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht. Danach soll niemand ohne Krankenversicherungsschutz sein und eine bestehende Versicherung nicht kündigen können, ohne nachweislich einen neuen Versicherungsvertrag abgeschlossen zu haben. Im Rahmen einer ordentlichen Kündigung ist dem Versicherungsnehmer ein fristgemäßer Nachweis in jedem Fall zumutbar. Anderer-

seits darf diese Regelung nicht zu unbilligen Härten führen. Diese sind im Zusammenhang mit einer Beitragsanpassung, die lediglich eine Frist von einem Monat ab Zugang der Änderungsmitteilung vorsieht, häufig denkbar.

Der Ombudsmann hat im Einzelfall die realistische Möglichkeit zur Einhaltung der Frist überprüft und auf eine kulante Handhabung des Versicherers hingewirkt, wenn den Versicherungsnehmer keine Schuld an der verspäteten Einreichung des Nachweises traf. Sofern keine Einigung im Ombudsmannverfahren erreicht werden konnte, hat der Ombudsmann den Versicherungsnehmer auf eine mögliche Verlegung des Versicherungsbeginns beim Folgeversicherer hingewiesen. Den Versicherern hat er empfohlen, bereits im Beitragsanpassungsschreiben auf die Frist zur Vorlage des Nachversicherungsnachweises hinzuweisen.

Tarifwechsel

Das Tarifwechselrecht ist ein Thema, das für die Versicherten im Zusammenhang mit Beitragsanpassungen ebenfalls oftmals interessant wird. Die einzige Hilfestellung besteht hier in einer möglichst umfassenden Information, wie durch einen Tarifwechsel der Beitrag reduziert werden kann. Daher sollten die Tarifwechsellmöglichkeiten im Rahmen des Informationsschreibens zur Beitragsanpassung umfassend aufgezeigt werden, wie es auch § 6 Abs. 2 VVG-InfoV vorsieht.

Vereinzelt ist es vorgekommen, dass der Tarifwechsel vom Versicherer auf Grund der Ergebnisse einer Gesundheitsprüfung abgelehnt wurde. Das ist nach § 204 VVG ausgeschlossen. Nach dieser Vorschrift darf der Wechsel gegebenenfalls

Tätigkeitsschwerpunkte

von Risikozuschlägen bzw. Leistungsausschlüssen abhängig gemacht, aber nicht generell ausgeschlossen werden. Das Bundesverwaltungsgericht hat in diesem Jahr festgestellt, dass § 204 VVG den Tarifwechsel abschließend regelt, so dass keine zusätzlichen Bedingungen an den Tarifwechsel geknüpft werden dürfen.

Desweiteren kann bei einem unterjährigen Tarifwechsel die Schwierigkeit auftreten, dass sich die jeweiligen Selbstbehalte ungünstig addieren, so dass die erhoffte Beitragersparrnis aufgehoben ist. Hier spricht sich der Ombudsmann dafür aus, lediglich den höheren Selbstbehalt zu berücksichtigen oder den Versicherten zu informieren, dass der Tarifwechsel zum Ende des Versicherungsjahres durchgeführt werden sollte. Bei einem Wechsel in einen Tarif mit einem geringeren Selbstbehalt bzw. ohne Selbstbehalt ist der nach der Gesundheitsprüfung erforderliche jährliche Risikozuschlag auf die Selbstbehaltendifferenz zu begrenzen, wenn dies die einzige Mehrleistung darstellt.

Der Ombudsmann hat sich prinzipiell dafür ausgesprochen, dass die Versicherer das Tarifwechselrecht umfassend begründen und erläutern, um für die Versicherungsnehmer die bestehenden Optionen so transparent wie möglich zu machen.

Physiotherapie

Die Vergütungshöhe von physikalischen Therapien ist ein weiterer Themenbereich, der den Ombudsmann seit Jahren beschäftigt – maßgeblich, weil es keine amtliche Gebührenordnung für Physiotherapeuten gibt. Die Versicherer orien-

tieren sich oft an den Beihilfesätzen, die über den Sätzen der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Die Beschwerden an den Ombudsmann konzentrieren sich in der Regel auf die Frage, ob Privatversicherer für physiotherapeutische Maßnahmen höhere Vergütungen als die Beihilfe erstatten müssen. Eine höchstrichterliche Entscheidung zu dieser Problematik liegt bislang nicht vor.

Vielfach kennen die Versicherungsnehmer auch die entsprechenden Tarifbedingungen nicht oder interpretieren diese falsch. Schwerpunkt der Arbeit des Ombudsmanns ist daher die Erläuterung der Bedingungen und der tariflichen Leistungen. So gibt es beispielsweise Tarifbedingungen, nach denen die Erstattung von physikalischen Behandlungen auf die „in Deutschland üblichen Preise“ begrenzt ist; daneben gibt es aber auch Bedingungen, in denen eine Begrenzung der Erstattung nicht vorgesehen ist. Die entsprechende Leistungsabrechnung des Versicherers überprüft der Ombudsmann und erläutert diese dann den Versicherungsnehmern anhand der Tarifbedingungen, um so auch eine Klärung für zukünftige Erstattungen herbeizuführen.

Zahnzusatzversicherungen

Meinungsverschiedenheiten treten auch im Zusammenhang mit Zahnzusatzversicherungen auf, wenn eine gesetzlich versicherte Person für bessere Leistungen bei Zahnbehandlungen bzw. Kieferorthopädie eine Zahnzusatzversicherung abgeschlossen hat, aber weder von ihrer gesetzlichen Versicherung noch aus der Zusatzversicherung Leistungen erhält.

Tätigkeitsschwerpunkte

Zu dieser Situation kann es aufgrund der Zuordnung verschiedener Leistungen als Kassenleistung oder als privatärztliche Leistung kommen, beispielsweise bei Wurzelkanalbehandlungen und kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG 1 – 5). Obwohl sich der Versicherte nach seinen Möglichkeiten umfassend abgesichert hat, beurteilen die private Krankenversicherung (PKV) und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die zahnärztlichen bzw. kieferorthopädischen Leistungen jeweils anders. Die GKV führt aus, es handele sich nicht um eine Kassenleistung und lehnt daher eine Übernahme ab, während die PKV die Leistungsablehnung damit begründet, die GKV wäre einstandspflichtig.

Nach Auffassung des Ombudsmanns sollte die Streitfrage nicht zu Lasten des Versicherungsnehmers gehen. Zweckmäßig ist vielmehr eine direkte Klärung zwischen PKV und GKV, um einheitlich festzulegen, wie die ärztliche Leistung einzuordnen ist und wer die Kosten übernimmt. Diesen Lösungsvorschlag hat der Ombudsmann den Versicherungsunternehmen auch bei der Konferenz unterbreitet.

Versicherungsfall vor Versicherungsbeginn

Nicht selten musste sich der Ombudsmann im Bereich der Zahnzusatzversicherungen außerdem mit der Problematik des Versicherungsfalles vor Versicherungsbeginn auseinandersetzen. Für Versicherungsfälle, die bereits vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten sind, besteht grundsätzlich kein Erstattungsanspruch. Häufig kommt es hier zu einer (vermeintlichen) Diskrepanz zwischen den Werbeversprechen der Versicherungsunternehmen und der Wirklichkeit. Die Kunden werden mit dem Hinweis auf die einge-

schränkten Leistungen der GKV geworben. Oftmals werden gerade bei Kindern daher Zahnzusatzversicherungen abgeschlossen, um kieferorthopädische Behandlungen abzusichern.

Im Rahmen des Abschlusses der privaten Zusatzversicherung wird in den Gesundheitsfragen auch nach laufenden, geplanten oder angeratenen Behandlungen gefragt. Für Versicherungsnehmer, die in der GKV vollversichert sind, ist die Situation des Vertragsabschlusses mit der Beantwortung von Gesundheitsfragen neu. Sie können deren Bedeutung daher oftmals nicht richtig einschätzen, denn sie sind aus dem Gesundheitssystem der GKV gewohnt, dass sie ohne Rücksicht auf den Gesundheitszustand und laufende oder geplante Behandlungen versichert werden. In der privaten Krankenversicherung ist es jedoch unumgänglich, das versicherungsmedizinische Risiko bei Vertragsschluss richtig einzuschätzen.

Gerade bei Kindern liegt ein sogenannter Versicherungsfall vor Versicherungsbeginn oft vor, da schon vor Vertragsabschluss Untersuchungen stattfanden (z. B. Panoramaschichtaufnahmen des Kiefers) bzw. eine Behandlungsbedürftigkeit festgestellt oder eine Therapie besprochen wurde. Solange aber noch keine konkrete Behandlung begonnen wurde, fasst der Versicherungsnehmer vorherige Maßnahmen nicht als Versicherungsfall bzw. anzeigepflichtigen Umstand auf. Die Kunden fühlen sich dann oftmals benachteiligt, denn der Versicherer vereinnahmt die Beiträge, leistet aber keine Zahlung.

Tätigkeitsschwerpunkte

Die Versicherer sehen allerdings, und darin liegt der Unterschied zu den Beschwerden im Bereich der Vollversicherung, häufig von einem Rücktritt vom Vertrag bzw. einer Kündigung ab. Im Bereich der Vollversicherung kommt es in einer vergleichbaren Situation fast immer zur Vertragsbeendigung, denn in den allermeisten Fällen liegt in einer derartigen Konstellation auch eine Anzeigepflichtverletzung vor. Im Bereich der Zusatzversicherung hingegen fassen die Kunden die Fortsetzung als sinnlos auf, da sie weiterhin Beiträge zahlen müssen, während die Versicherung für die konkrete Behandlung nicht zahlt. Sie fühlen sich häufig ungerecht behandelt, auch wenn die Vorgehensweise des Versicherers in den meisten, dem Ombudsmann vorgelegten Beschwerdefällen gerechtfertigt war.

Im Rahmen der Konferenz mit den Mitgliedsunternehmen erläuterte der Ombudsmann, dass er eine Lösung für das beschriebene Problem nur in einer besseren Information der Versicherungsnehmer vor Vertragsabschluss sieht. Insbesondere sollte ein Hinweis erfolgen, dass schon angeratene Behandlungen bzw. eine festgestellte Behandlungsbedürftigkeit zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, auch wenn die Behandlung an sich noch nicht begonnen hat. Denn nur so kann der Versicherungsnehmer entscheiden, ob die Versicherung für ihn wirklich sinnvoll ist.

Professionelle Zahnreinigung

In den vergangenen Jahren traten im Bereich der Zahnbehandlung auch immer wieder Streitigkeiten im Zusammenhang mit der sogenannten Professionellen Zahnreinigung (PZR) auf. Die PZR ist aus Sicht der privaten Krankenver-

sicherung eine sehr nützliche prophylaktische Maßnahme, da Zahnkrankheiten hierdurch verhindert werden können. Häufig fehlen jedoch Regelungen zur Erstattung dieser Leistung. Lediglich in einigen Zusatzversicherungen ist die Erstattung der PZR geregelt, in der Vollversicherung jedoch in der Regel nicht. Nach den Musterbedingungen, die den Versicherungsverträgen zu Grunde liegen, wäre eine PZR an sich nicht erstattungsfähig, da es sich nicht um eine Heilbehandlung handelt und die Leistung auch nicht als eigenständiger Versicherungsfall definiert ist (wie beispielsweise gezielte Vorsorgeuntersuchungen). Die Kunden der PKV haben jedoch die Erwartungshaltung, dass diese Leistung erstattet wird. Die Ablehnung der Kostenübernahme durch den Versicherer wird daher von den Versicherungsnehmern oftmals als sehr kleinlich verstanden.

Eine PZR ein- bis zweimal im Jahr sollte nach Ansicht des Ombudsmanns in der Krankheitskostenvollversicherung übernommen werden, auch wenn mangels konkreter Regelung rein rechtlich betrachtet keine Erstattungspflicht besteht. Selbstverständlich kann diese Erstattung nicht grenzenlos sein. In der GOZ ist die PZR als solche nicht vorgesehen. Wegen der fehlenden Regelung variieren die berechneten Honorare sehr stark und erscheinen in Einzelfällen auch aus Sicht des Ombudsmanns überhöht. Im vergangenen Jahr erschienen Veröffentlichungen, nach denen die berechneten Honorare zwischen 50 und 180 Euro lagen. Laut einer GOZ-Analyse beträgt der Durchschnittspreis für eine PZR 77 Euro.

Nach Ansicht des Ombudsmanns sollten daher ca. 80 Euro bis zu zweimal jährlich in der Vollversicherung erstattet wer-

Tätigkeitsschwerpunkte

den. Auf dieser Basis konnte in den allermeisten Beschwerdefällen zu diesem Thema eine zufriedenstellende Lösung gefunden werden.

Beratungs- und Informationspflichten

Auch Streitigkeiten im Rahmen von Beratungs- und Informationspflichten sind weiterhin Verfahrensgegenstand beim Ombudsmann. Obgleich der Gesetzgeber versucht hat, diese Pflichten – etwa durch Erstellung eines Beratungsprotokolls – weiter festzuschreiben, führt die Umsetzung in der Praxis oftmals zu Problemen.

Teilweise ist das entsprechende Protokoll wenig aussagekräftig, da der Versicherungsnehmer oftmals darauf verzichtet, seine Wünsche und Fragen, die Gegenstand des Beratungsgesprächs waren, in das Protokoll aufzunehmen. Häufig wird das Protokoll unterzeichnet, ohne sich den Inhalt aufmerksam durchzulesen oder sich der Bedeutung dieses Beratungsnachweises bewusst zu sein. Daher kann es, sofern es um konkrete Fragen zum abgeschlossenen Versicherungsvertrag geht, zu Streitigkeiten kommen, in denen die Versicherungsnehmer den Inhalt des Beratungsgesprächs anders darstellen als die Berater. Der Ombudsmann hat dann keine Schlichtungsmöglichkeit, da im schriftlichen Beschwerdeverfahren zwei sich widersprechende Darstellungen vorliegen und eine Klärung daher nicht möglich ist.

Neben diesen Fällen, die die Beratung vor Abschluss der Versicherung zum Thema haben, erreichen den Ombudsmann auch Beschwerden, bei denen es um Beratungspflichten nach Abschluss eines Vertrages geht. Zu klären ist dann,

ob für den Versicherer ein Anlass für eine Nachfrage und Beratung erkennbar war. Auch hier muss eine umfangreiche Aufklärung des Sachverhaltes erfolgen und festgestellt werden, in wessen Sphäre die Initiative zur Beratung liegen müsste. Wenn beim Versicherungsnehmer also Umstände vorliegen, die das Versicherungsverhältnis beeinflussen können, von denen der Versicherer aber keine Kenntnis haben kann, liegt es am Versicherungsnehmer, konkret nachzufragen. Einschlägiges Beispiel wäre hier eine Beihilfeberechtigung.

Anders verhält es sich, wenn der Versicherer eine Anpassung im Vertrag durchführt, die vom Versicherungsnehmer hinzunehmen ist. Hier liegt es in der Sphäre des Versicherers, über die Folgen der Anpassung zu informieren, z. B. bei einer Beitragsanpassung über das Tarifwechsel- oder Sonderkündigungsrecht. Dabei taucht aber vermehrt das Problem auf, dass der Versicherungsnehmer diese Informationen nicht (hinreichend) zur Kenntnis nimmt. Diesem Umstand kann der Ombudsmann jedoch nicht entgegenwirken, er kann nur immer wieder auf die Wichtigkeit der Kenntnisnahme hinweisen.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Begrenzung des Risikozuschlags bei einem Tarifwechsel

Der Beschwerdeführer unterhielt bei seinem Versicherer einen Tarif mit einem jährlichen Selbstbehalt von 1.500 Euro. Nachdem die Beiträge angepasst wurden, beantragte der Beschwerdeführer einen Wechsel in einen günstigeren Tarif. Nach § 204 Abs. 1 VVG kann der Versicherungsnehmer bei einem bestehenden unbefristeten Versicherungsverhältnis vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellungen annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen.

Der neue Tarif sah einen Selbstbehalt von nur 300 Euro vor. Die Reduzierung des Selbstbehaltes um 1.200 Euro stellte eine Mehrleistung dar, die den Versicherer zu einer Risikoprüfung berechtigte. Auf Grund der Vorerkrankungen wurde unter Berücksichtigung von statistischen Werten ein monatlicher Risikozuschlag von ca. 250 Euro berechnet. Diesen wollte der Beschwerdeführer nicht akzeptieren. Der Ombudsmann kam zu der Auffassung, dass bei einem Tarifwechsel, bei dem die einzige Mehrleistung in der Reduzierung des Selbstbehaltes besteht, der jährliche Risikozuschlag auf die Differenz der beiden Selbstbehalte zu begrenzen ist. Denn damit ist die Mehrleistung kompensiert. Der Versicherer lenkte ein und bot den Tarifwechsel mit einem Risikozuschlag von monatlich 100 Euro an, denn die jährliche Selbstbehaltendifferenz betrug 1.200 Euro.

Kieferorthopädische Behandlung

Der Sohn des Beschwerdeführers benötigte auf Grund seiner Zahnstellung eine kieferorthopädische Behandlung. Der behandelnde Kieferorthopäde nutzte für das Befestigen der Zahnspange die indirekte Klebetechnik, bei der die Spange an einem Modell außerhalb des Mundes positioniert wird. Die so vorbereiteten Zahnspangen werden anschließend mit einer Schiene in den Mund des Patienten übertragen. Durch diese Vorgehensweise verkürzen sich die Behandlungszeiten am Patienten. Die indirekte Klebetechnik hatte der Zahnarzt gesondert als zahntechnische Leistungen berechnet. Der Versicherer erstattete diese Kosten nicht.

Der Ombudsmann konnte dem Beschwerdeführer nicht helfen. Für das Einbringen von Zahnspangen sieht die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ausdrücklich die Ziffer 610 vor, die die Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel honoriert. Da die Ziffer nicht auf die Art und Methodik der Leistungserbringung eingeht, kommt es auf das konkret gewählte Verfahren nicht an. Weiter ist in der GOZ geregelt, dass in den Leistungen nach den Nummern 610 bis 615 die Material- und Laborkosten enthalten sind. Daher können neben der Ziffer 610 GOZ nicht zusätzliche zahntechnische Leistungen berechnet werden. Den höheren Aufwand durch das indirekte Kleben hat der Versicherer über den erhöhten Steigerungsfaktor von 3,5 berücksichtigt. Der Ombudsmann hat dem Beschwerdeführer empfohlen, sich an den Kieferorthopäden mit der Bitte um Korrektur der Rechnung zu wenden.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Kinderwunschbehandlung

Ein Beschwerdeführer wandte sich an den Ombudsmann, da sein Versicherer die weitere Kostenübernahme für eine Kinderwunschbehandlung ablehnte. Wegen einer unstrittig vorliegenden organisch bedingten Sterilität des Beschwerdeführers konnte das Ehepaar auf natürlichem Wege keine Kinder zeugen. In der Vergangenheit waren durch die private Krankenversicherung des Ehemanns bereits fünf Versuche mittels der IVF/ICSI Methode (In-Vitro-Fertilisation/intrazytoplasmatische Spermieninjektion) erstattet worden. Im Rahmen der ICSI war es auch jeweils zu der Befruchtung der Eizelle gekommen. Allerdings nistete sich die befruchtete Eizelle dann nicht in der Gebärmutter der anderweitig versicherten Ehefrau ein, so dass eine Schwangerschaft ausblieb. Mit seiner Beschwerde verfolgte der Versicherte eine Kostenzusage seines privaten Krankenversicherers für weitere Versuche einer Kinderwunschbehandlung, was der Versicherer ablehnte. Der Beschwerdeführer verwies insbesondere darauf, dass der behandelnde Arzt für eine Fortsetzung der Kinderwunschbehandlung eine realistische Erfolgchance attestiert hatte.

Der Ombudsmann empfahl dem Versicherer eine erneute medizinische Begutachtung. Der von dem Versicherer beauftragte Arzt kam jedoch zu dem Ergebnis, dass keine hinreichende Erfolgsaussicht bestehe. Hier konnte der Ombudsmann nicht weiterhelfen. Der Versicherungsnehmer ist für die medizinische Notwendigkeit beweispflichtig. Nach Ansicht des Ombudsmanns konnte nicht plausibel dargelegt werden, dass die in der Rechtsprechung des Bundesge-

richtshofs geforderte Erfolgswahrscheinlichkeit von wenigstens 15 Prozent vorlag. Insbesondere konnte der Ombudsmann nicht erkennen, warum nach fünf erfolglosen Versuchen nunmehr eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit gegeben sein sollte. Zwar wurde eine Vergleichslösung in Form einer begrenzten Kostenzusage mit dem Versicherungsunternehmen diskutiert. Das Versicherungsunternehmen lehnte jedoch eine weitere Kostenübernahme ab. Nachdem der Versicherer bereits einen Betrag von mehr als 30.000 Euro für die erfolglose Kinderwunschbehandlung aufgewandt hatte, sah auch der Ombudsmann im Hinblick auf die unklaren Erfolgsaussichten der Fortsetzung der Behandlung keinen Raum für die Empfehlung einer weiteren Kostenzusage.

Nachsorge mittels Magnetresonanztomographie (MRT)

Eine Beschwerdeführerin hatte vor einigen Jahren erfolgreich eine Brustkrebserkrankung behandeln lassen. In regelmäßigen Abständen unterzog sie sich einer Nachsorgeuntersuchung mittels Magnetresonanztomographie (MRT). Der private Krankenversicherer bestritt nicht die medizinische Notwendigkeit der regelmäßigen Nachsorgeuntersuchungen, war jedoch der Ansicht, dass nach den Empfehlungen der zuständigen Fachgesellschaft für die Nachsorge nur eine Mammographie und ggf. Sonographie medizinisch notwendig gewesen sei. Für eine MRT habe hingegen keine medizinische Indikation vorgelegen. Der Versicherer lehnte daher eine Kostenerstattung ab. Die Beschwerdeführerin hingegen war der Ansicht, wegen des bei ihr vorhandenen besonders dichten Drüsengewebes sei nur eine MRT zielführend gewe-

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

sen. Der Ombudsmann schlug dem Versicherer daher vor, zumindest die Kosten zu erstatten, die im Rahmen einer leitliniengerechten Nachsorgeuntersuchung angefallen wären. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung.

Individuelle schriftliche Leistungszusage

Ein Beschwerdeführer hatte bei der Ausübung seines Berufs als Justizvollzugsbeamter ein psychologisches Trauma erlitten, infolgedessen er im Rahmen eines längeren stationären Aufenthalts in einer Klinik behandelt wurde. Dort wurde ihm schließlich eine Weiterbehandlung in Form einer spezifischen traumatologischen Intensivbehandlung durch ein psychologisches Institut empfohlen. Der Versicherungsnehmer beantragte daraufhin bei seinem privaten Krankenversicherer diese Intensivbehandlung, für die ihm zunächst auch eine Kostenzusage erteilt wurde. Anschließend jedoch zog der Versicherer seine Zusage mit der Begründung zurück, dass die Behandlung nicht medizinisch notwendig sei. Die zuvor getroffene Zusage habe lediglich auf einem Schreiben der Beihilfestelle beruht. Die Inhalte und Häufigkeit der geplanten Behandlungen seien ihm zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt gewesen, so dass eine Kostenerstattung nunmehr ausscheide.

Diese Auffassung teilte der Ombudsmann jedoch nicht. Der Versicherungsnehmer hatte schon zu einem früheren Zeitpunkt angegeben, wo die Behandlung stattfinden sollte, wer der behandelnde Arzt ist und dass es sich um eine Intensivtherapie handelt. Diese Therapie wurde dem Versicherungsnehmer bei seinem vorherigen stationären Aufenthalt emp-

fohlen. Er konnte als medizinischer Laie nicht abschätzen, ob es sich um eine medizinisch notwendige Behandlung handelt. Der private Krankenversicherer hingegen verfügt über entsprechende Prüfungsmöglichkeiten und Kenntnisse. Der Beihilfebescheid stellt keine für den privaten Krankenversicherer bindende Entscheidung über seine Leistungspflicht dar. Es wäre hier Aufgabe des privaten Krankenversicherers gewesen, nachzuforschen, ob für die Behandlung eine Leistungspflicht besteht oder nicht. Der Versicherungsnehmer durfte sich daher auf die Zusage verlassen. Der Ombudsmann sprach im Verfahren eine förmliche Empfehlung aus, der der private Krankenversicherer letztlich gefolgt ist.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Krankenversicherer führte im Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung eine Prüfung seiner Leistungspflicht durch. Dafür forderte er vom betroffenen Versicherungsnehmer eine Schweigepflichtentbindungserklärung zur Weitergabe an den medizinischen Gutachter an. Dagegen wandte sich der Versicherte. Streitig war insoweit der Umfang des Prüfungsrechts des Versicherers.

Der private Krankenversicherer leistet nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Für eine Kostenerstattung müssen daher folgende Voraussetzungen vorliegen: Die versicherte Person muss an einer Krankheit oder an einer Unfallfolge leiden. Es muss eine Heilbehandlung vorliegen. Die Heilbehandlung muss medizinisch notwendig sein. Diese Voraussetzungen darf der Versicherer im

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Rahmen der Feststellung seiner Leistungspflicht prüfen. Um diese Prüfung im vorliegenden Fall vornehmen zu können, entschied sich der private Krankenversicherer, den Sachverhalt einem medizinischen Gutachter vorzulegen, der als selbständiger niedergelassener Arzt arbeitet und nicht beim Krankenversicherer angestellt ist.

Zur Wahrung des Datenschutzes ist der private Krankenversicherer nach einem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts dazu verpflichtet, eine individuelle Schweigepflichtentbindung beim Versicherungsnehmer einzuholen, wenn er gesundheitserhebliche Daten weitergeben möchte. Dabei muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Verzicht auf Versicherungsleistungen die Möglichkeit einräumen, die Datenerhebung bzw. die Datenweitergabe durch den Krankenversicherer zu verhindern. Ohne die entsprechende Einverständniserklärung kann und darf der Krankenversicherer die Informationen nicht weiterleiten, so dass eine Überprüfung etwaiger Leistungsansprüche ohne entsprechende Erklärung nicht möglich ist. Der Ombudsmann empfahl dem Versicherungsnehmer daher, die erbetene Schweigepflichtentbindungserklärung zu erteilen und dadurch die Prüfung zu ermöglichen, ob eine Kostenerstattung erfolgen kann. Er informierte den Versicherungsnehmer zugleich, dass der private Krankenversicherer anderenfalls keine Kostenerstattung erbringen muss.

Kündigung einer Zusatzversicherung

Die gesetzlich versicherte Beschwerdeführerin unterhielt seit 30 Jahren eine Krankenhauszusatzversicherung. Sie hatte in dieser Zeit keine Leistungen in Anspruch genommen. Nunmehr war ein dreitägiger Krankenhausaufenthalt erforderlich und die Beschwerdeführerin hatte die Rechnungen für die stationären Wahlleistungen bei ihrer privaten Krankenversicherung eingereicht. Diese prüfte den Versicherungsfall und lehnte eine Zahlung mit der Begründung ab, der Eingriff hätte auch ambulant durchgeführt werden können. Die stationäre Behandlung sei daher nicht medizinisch notwendig gewesen. Aus Verärgerung über die Ablehnung kündigte die Beschwerdeführerin das Vertragsverhältnis. Erst danach wandte sie sich an den Ombudsmann und fragte, ob eine Erstattung nicht doch möglich sei und das Vertragsverhältnis fortgeführt werden könne. Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens prüfte der Versicherer den Leistungsfall erneut, kam zu dem Ergebnis, dass eine Leistung vertretbar sei und übernahm die Kosten im tariflichen Umfang. Hinsichtlich der Vertragsfortführung berief sich der Versicherer auf die Beendigung und bot lediglich einen neuen Vertrag mit einer neuen Gesundheitsprüfung an, die zu einem Risikozuschlag von 100 Prozent führte.

Obwohl das Versicherungsverhältnis rechtmäßig durch eine Kündigung beendet wurde, sprach sich der Ombudsmann für die Fortführung des Vertrages zu den ursprünglichen Bedingungen aus. Auf Grund der langen Vertragsdauer und dem Umstand, dass bis zum Eintritt des streitigen Falles nie Leistungen beansprucht wurden, sei es vertretbar, die Beschwerdeführerin nicht auf die ausgesprochene Kündigung

festzulegen. Der Versicherer schloss sich der Ansicht des Ombudsmanns an und führte das Versicherungsverhältnis entgegenkommend unverändert fort.

Geschäftsunfähigkeit

Es gibt Fälle, die der Ombudsmann im Rahmen des Verfahrens nicht abschließend klären kann, sei es hinsichtlich einer unklaren Sachlage oder wenn es eines Sachverständigen bedarf. Hier kann der Ombudsmann nur auf ein Gerichtsverfahren verweisen. So wurde beispielsweise einem Versicherungsnehmer bereits vor Jahren der Krankenversicherungsvertrag wegen Beitragsrückständen gekündigt. Mittlerweile befand sich dieser wegen einer psychischen Erkrankung in ärztlicher Behandlung. Nun trat der Betreuer des Gekündigten an den Ombudsmann heran und bat um Wiederaufnahme bei dem ehemaligen Versicherer. Der Betreuer gab an, der Betreute sei bereits zum Zeitpunkt der Kündigung psychisch krank und geschäftsunfähig gewesen. Der Versicherer hielt daran fest, dass die Kündigung zum damaligen Zeitpunkt wirksam gewesen sei und bot nunmehr eine Versicherung im Basistarif an.

Zur Klärung der Frage, ab wann in diesem Fall von einer Geschäftsunfähigkeit auszugehen war, hätte es der Überprüfung durch einen psychiatrischen Sachverständigen bedurft. Die Einholung eines entsprechenden Gutachtens ist jedoch im kostenfreien Ombudsmannverfahren nicht möglich, so dass der Beschwerdeführer im Verfahren darauf hingewiesen wurde, dass eine Klärung des Sachverhaltes nur im Rahmen eines Rechtsstreits möglich ist.

Personelle Veränderungen

Mit dem Jahreswechsel 2010/2011 wechselt auch die Besetzung des Ombudsmannes. Nach drei Jahren erfolgreicher Schlichtungsarbeit hat Dr. Helmut Müller seine Tätigkeit beendet. Neuer Ombudsmann ist seit dem 01.01.2011 Dr. Dr. h.c. Klaus Theo Schröder.

Dr. Schröder ist ein ausgewiesener Gesundheitsexperte. Er verfügt über fast 25 Jahre Erfahrung in der Gesundheits- und Sozialpolitik. Von 1994 bis 1999 war er als Staatssekretär im Freistaat Thüringen beschäftigt, danach arbeitete er in gleicher Funktion für den Senat von Berlin, bevor er von Anfang 2001 bis Ende 2009 als beamteter Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit tätig war.

Sonstiges

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Beschwerdeverfahrens ist geplant, zur Beschleunigung der Bearbeitung mit den Versicherern ein elektronisches Übermittlungsverfahren aufzubauen, um die postalische Zusendung des gesamten Schriftverkehrs zu vermeiden.

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

Hollerithstraße 11, 81829 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.: (01803) 55 66 22
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

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

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 99-77 33
Fax: (040) 35 99-36 36
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

ERGO Direkt Versicherung AG

Karl-Martell-Str. 60, 90344 Nürnberg
Tel.: 0800 / 6 66 90 00
Fax: (0911) 1 48-16 67
www.ergodirekt.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, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20352 Hamburg
Tel.: (040) 41 19-0
Fax: (040) 41 19-32 57
www.hansemerkur.de
info@hansemerkur.de

HanseMerkur Spezial Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20352 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 aG

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

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 95-2 01
Fax: (0941) 40 95-2 09
www.ligakranken.de
service@ligakranken.de

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

Augustaanlage 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

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

Mitgliedsunternehmen

SIGNAL Krankenversicherung a.G.

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44121 Dortmund
Tel.: (0231) 1 35-75 70
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 22-10
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

Janitos Versicherung AG

Postfach 104169
69031 Heidelberg
Tel.: (06221) 7 09 10 00
Fax: (06221) 7 09 10 01

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 Krankenversicherung 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

Weitere 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. (für Versicherungen außerhalb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung)

Postfach 08 06 32
10006 Berlin
Tel.: (01804) 22 44 24 (24 Cent/Anruf)
Fax: (01804) 22 44 25
www.versicherungsombudsmann.de
beschwerde@versicherungsombudsmann.de

FIN-NET Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen

http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_de.htm

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 u. 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.

(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

Statut für den Ombudsmann

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

