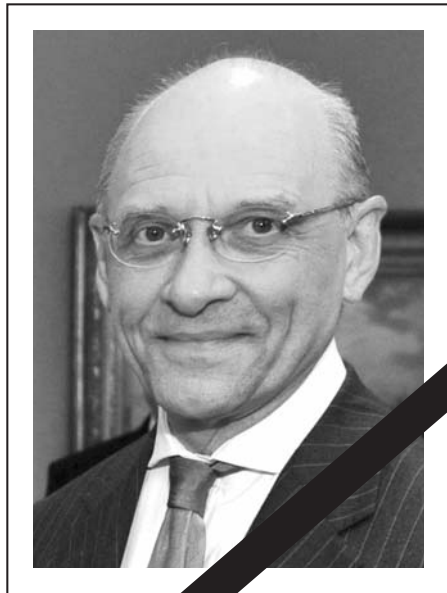


OMBUDSMANN

Private Kranken- und Pflegeversicherung

TÄTIGKEITSBERICHT

2011



Staatssekretär a.D.
Dr. Dr. h.c. Klaus Theo Schröder

Dass anstelle eines Vorwortes des Ombudsmanns an dieser Stelle der Vorsitzende des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) zu Wort kommt, ist ungewöhnlich und hat einen sehr traurigen Grund. Eigentlich schreibt ja der Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung persönlich das Vorwort zu seinem Bericht über das zurückliegende Jahr. Doch dieses Mal ist das leider nicht möglich. Denn am 12. Februar 2012 ist unser Ombudsmann, Staatssekretär a.D. Dr. Dr. h.c. Klaus Theo Schröder, im Alter von 64 Jahren verstorben. Er hinterlässt seine Frau und zwei erwachsene Kinder.

Die Nachricht von seinem Tod hat bei allen Mitgliedern und Mitarbeitern des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und auch bei mir persönlich große Bestürzung und Trauer ausgelöst. Die PKV hat Dr. Schröder viel zu verdanken. Nach seiner Berufung zum Ombudsmann Anfang 2011 hat er sich in kurzer Zeit viele Verdienste und großen Respekt erworben. Sein Einsatz hat maßgeblich dazu beigetragen, das Angebot einer neutralen, kostenfreien Schlichtung im Bewusstsein der Privatversicherten zu verankern. Zu seinem Amtsantritt hatte Dr. Schröder sich zum wichtigsten Ziel gesetzt, „faire und tragfähige Lösungen und befriedigende sowie befriedende Ergebnisse für alle Seiten zu erzielen.“ Dies ist ihm in beeindruckender Weise gelungen.

Dr. Klaus Theo Schröder hat der deutschen Gesundheitspolitik insgesamt in den Jahrzehnten seines Wirkens wertvolle Impulse gegeben und wichtige Strukturen mitgeprägt, die seinen Tod überdauern werden. Der Verband der Privaten Krankenversicherung, alle Mitgliedsunternehmen und Mitarbeiter werden ihm ein ehrendes Angedenken bewahren.

Vorwort Reinhold Schulte

Bis zur dauerhaften Neubesetzung an der Spitze unserer Schiedsstelle hat sich übergangsweise erneut Dr. Helmut Müller bereit erklärt, das Amt des PKV-Ombudsmanns zu übernehmen. Dafür gebührt ihm, der dieses Amt bereits als Vorgänger von Dr. Schröder für rund drei Jahre ausgeübt hatte, besonderer Dank. So ist gewährleistet, dass über die Eingaben unserer Versicherten auch weiterhin kurzfristig entschieden werden kann.

Dr. Schröder wäre an dieser Stelle – so wie auch seine Vorgänger – gewiss auf die Schwerpunkte der Schlichtungstätigkeit im Berichtsjahr und auf den ein oder anderen beispielhaften Fall eingegangen. Womöglich hätte er, auch dies in guter Tradition, den Versicherten wie auch den Versicherern manchen guten Rat ins Stammbuch geschrieben.

Als Vorstandsvorsitzendem des PKV-Verbandes sowie zweier seiner Mitgliedsunternehmen steht mir dies naturgemäß nicht zu, denn hier gilt der Respekt vor der Neutralität des Ombudsmanns. Und so möchte ich stattdessen einen Aspekt aufgreifen, der mir mit Blick auf die Ombudstätigkeit besonders wichtig ist und den ich deshalb auch schon im Rahmen der Feierstunde zum zehnjährigen Bestehen der Ombudsstelle im vergangenen Herbst betont habe: die erfreulich niedrige Beschwerdequote.

Die Institution des Ombudsmanns wurde 2001 als neutrale Schlichtungsstelle für Unstimmigkeiten zwischen Versicherten und Versicherungsunternehmen eingeführt. Mit zunehmendem Bekanntheitsgrad dieser Beschwerdestelle ist die Zahl der Anfragen naturgemäß angestiegen: Von gut 2.000 schriftlichen Eingaben im ersten Geschäftsjahr auf inzwi-

schen rund 6.500 im Jahr 2011. Bezogen jedoch auf die insgesamt rund 31 Millionen PKV-Verträge in der Voll- und Zusatzversicherung sowie nochmals etwa 10 Millionen Verträge in der Privaten Pflegeversicherung ist das eine erfreulich niedrige Beschwerde-Quote von gerade einmal 0,016 Prozent.

Gelegentliche Medienberichte, die diese Quote im Vergleich mit anderen Versicherungsbranchen als relativ hoch bewerten, sind irreführend. Wer allen Ernstes eine Feuerversicherung, die praktisch so gut wie nie in Anspruch genommen wird, oder eine Autoversicherung, die nur alle paar Jahre oder Jahrzehnte einmal einen Schadensfall regulieren muss, mit einer Krankenversicherung vergleicht, die den einzelnen Kunden Jahr für Jahr mehrere Rechnungen erstattet, der vergleicht nicht Äpfel mit Birnen, sondern Weintrauben mit Wassermelonen. Die extrem geringen Beschwerdezahlen sind vielmehr Ausweis einer Kundenzufriedenheit, von der andere Branchen nur träumen können.

Der Ombudsmann nimmt als neutrale und unabhängige Institution Stellung zu den Beschwerden und gibt Empfehlungen. Der Ombudsmann ist also kein Richter, sondern ein Schlichter. Schlichtung ist mehr als eine 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 Arbeit kann nur von Menschen mit großer Sachkompetenz und sehr viel Fingerspitzengefühl geleistet werden. Die PKV hatte das große Glück, in den nunmehr über zehn Jahren des Bestehens der Ombudsstelle stets Persönlich-

Vorwort Reinhold Schulte

keiten an ihre Spitze berufen zu können, die diese Eigenschaften miteinander verbanden. Mein großer Dank gebührt deshalb noch einmal allen bisherigen Amtsinhabern – neben Dr. Schröder und Dr. Müller also auch unserem Gründungs-Ombudsmann Arno Surminski. Die Branche hat ihre Empfehlungen stets mit großer Ernsthaftigkeit geprüft und zum Wohle der Versicherten aufgegriffen. Wir werden dies auch in Zukunft weiter tun.



Reinhold Schulte

Vorsitzender des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.

Inhaltsverzeichnis

Der Ombudsmann der PKV	10	Fälle aus der Ombudsmannpraxis	46
Das Ombudsmannverfahren	13	– Erneute Karenzzeit	46
– Organisation der Ombudsstelle	13	– Klinische Studie	47
– Verfahrensablauf	13	– Beitragsrückerstattung	48
– Verfahrensgarantien	16	– Versicherungspflicht	49
1. Unparteilichkeit		– Vertragsbearbeitung	51
2. Qualifikation des Ombudsmanns		– Allergietest	52
3. Verjährungshemmung		– Versehentliche Kündigung	53
4. Prüfungskompetenz		– Verwehrter Tarifwechsel	54
Beschwerdezahlen 2011	17	Auszüge der Reden vom Festakt	56
– Entwicklung des Beschwerdeaufkommens	17	„10 Jahre Ombudsmann“	56
– Beschwerdestatistik	18	Liste der Mitgliedsunternehmen	70
– Schlichtungserfolge	23	Weitere Anlaufstellen für die Versicherten	75
Ausgewählte Beschwerdethemen	26	Statut für den Ombudsmann	76
– Medizinisch notwendige Heilbehandlung	26		
– Gebührenstreitigkeiten	28		
– Versicherungsfall vor Versicherungsbeginn	30		
– Tarifwechsel	32		
– Alternative Heilmethoden	33		
– Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht / Vermittlertätigkeit	35		
– Gegenstand der Auskunftspflicht	38		
– Krankentagegeldversicherung	41		
– Pflegeversicherung	44		

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 die 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 Berichts.

Seit dem 01.01.2011 hatte Herr Staatssekretär a.D. Dr. Dr. h.c. Klaus Theo Schröder das Amt des Ombudsmanns bis zu seinem Tod am 12.02.2012 ausgeübt. Herr Dr. Schröder war ein ausgewiesener Gesundheitsexperte. Er verfügte über 25 Jahre Erfahrung in der Gesundheits- und Sozialpolitik. Von 1994 bis 1999 war er als Staatssekretär im Freistaat Thüringen tätig. Danach arbeitete er in gleicher Funktion für die Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen des Landes Berlin, bevor er von 2001 bis 2009 beamteter Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit war.

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 ver-

ständig darzulegen. Dabei hat er in wachsendem Maße dazu beigetragen, Klarheit in das sich dem Laien nicht immer direkt erschließende Versicherungsverhältnis zu bringen und so auch zukünftigen Streitigkeiten vorzubeugen.

Mit einem Festakt in der Deutschen Parlamentarischen Gesellschaft Berlin beging der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung am 25.10.2011 sein zehnjähriges Bestehen.

Zu diesem Anlass hielten der Ombudsmann, Herr Dr. Dr. h.c. Klaus Theo Schröder, der Vorsitzende des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., Herr Reinhold Schulte, der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Herr Wolfgang Zöllner, MdB, sowie die Beauftragte für Medien und Außenbeziehungen des Europäischen Ombudsmannes, Frau Gundi Gadesmann, Reden, in denen die Tätigkeit des Ombudsmannes gewürdigt wurde.

Im Anhang sind die Reden in ihren wesentlichen Auszügen in der Reihenfolge abgedruckt, in der sie gehalten wurden.

Seit dem 01.12.2011 gilt für den Ombudsmann ein überarbeitetes Statut. Als wesentliche Änderungen sind zu nennen:

Eine Klarstellung, dass die Anhängigkeit des Beschwerdegegenstandes bei einem Mahngericht ein Verfahrenshindernis darstellt, sowie eine neue Fristberechnung für die Einlegung der Beschwerde beim Ombudsmann.

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.

Organisation der Ombudsstelle

Bei seiner Schlichtungsarbeit 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 einge-

Der Ombudsman der PKV

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

Sofern keine Zulässigkeitshindernisse bestehen, erhält der Beschwerdeführer eine Eingangsbestätigung, die über den weiteren Verlauf des Ombudsmanverfahrens 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 Ombudsman eintrifft, wird der Beschwerdefall inhaltlich durch den Ombudsman 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 Ombudsman, ein Vermittlungsergebnis zu erreichen, so dass ein möglicher Rechtsstreit vermieden werden kann. Wenn die Beschwerde auf diesem Wege abschließend bearbeitet worden ist, teilt der Ombudsman dem Beschwerdeführer und dem Versicherer den Verfahrensausgang in einer unverbindlichen Stellungnahme schriftlich mit. Dabei sind folgende Ergebnisse möglich:

- Wenn der Ombudsman der Beschwerde 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 Ombudsman dieses Ergebnis dem Beschwerdeführer und schließt das Verfahren ab.
- Zur gütlichen Streitbeilegung kann der Ombudsman dem Unternehmen unabhängig von der Rechtslage einen Kompromiss vorschlagen. Folgt der Versicherer diesem Vorschlag, leitet der Ombudsman ihn auch an den Beschwerdeführer weiter und empfiehlt seine Annahme.
- In den Fällen, in denen Ombudsman und Unternehmen unterschiedlicher Meinung sind und eine gütliche Einigung nicht zustande kommt, spricht der Ombudsman eine förmliche Empfehlung gemäß § 7 Abs. 1 des Ombudsmanstatuts 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 Ombudsmanntätigkeit 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

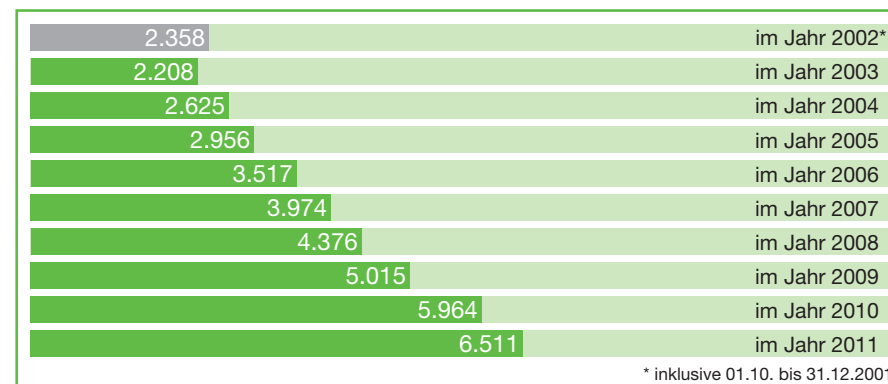
Die Verjährung eines Anspruchs ist vom Beginn des Tages gehemmt, an dem die Beschwerde beim Ombudsmann eingeht. Die Hemmung endet am Ende des Tages, an dem dem Beschwerdeführer die Mitteilung über die Beendigung des Beschwerdeverfahrens zugeht.

4. Prüfungskompetenz

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

Entwicklung des Beschwerdeaufkommens

Im Berichtszeitraum 2011 ist die Zahl der Anfragen beim Ombudsmann im Vergleich zum Jahr 2010 um 9 Prozent auf 6.511 gestiegen. Der Anstieg fällt im Hinblick auf die Vorjahre geringer aus. Ein Überblick über die Beschwerdeentwicklung seit dem Jahr 2002 lässt sich der nachfolgenden Grafik entnehmen.



Unter Berücksichtigung der insgesamt 41 Millionen Privaten Krankenversicherungsverträge, für die der Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung zuständig ist, errechnet sich damit eine Beschwerdequote von 0,016 Prozent. Hier ist noch zu berücksichtigen, dass sich einige Beschwerden gar nicht auf die Private Krankenversicherung bezogen und damit bereits aus diesem Grund unzulässig waren. Ursächlich für die jährlich steigenden Zahlen dürften verschiedene Faktoren sein. Insbesondere der weiterhin steigende Bekanntheitsgrad des Ombudsmanns kann als maßgeblicher Faktor herangezogen werden. Dies ist vor dem Hintergrund zu werten, dass die Beschwerden bei der

Beschwerdezahlen 2011

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht seit Jahren rückläufig sind und zwar mit einer dem Anstieg beim Ombudsmann korrespondierenden Quote. Im Ergebnis ergibt sich eine Verschiebung zwischen dem Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung und der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, so dass sich insgesamt die Beschwerdequote für die Private Kranken- und Pflegeversicherung über die Jahre kaum verändert hat.

Die steigenden Beschwerdezahlen beim Ombudsmann einerseits und das sinkende Beschwerdeaufkommen bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht andererseits sind durchaus positiv zu werten: Die Institution des Ombudsmannes wird von den Versicherten als kompetente und vertrauensvolle Anlaufstelle wahrgenommen und akzeptiert.

Weiter positiv haben sich die Bearbeitungszeiten entwickelt, denn die Mehrzahl der Beschwerden konnte mit einer Bearbeitungszeit von drei Monaten abgeschlossen werden. Ungeachtet dessen wurden viele Eingaben – insbesondere eilbedürftige Fälle – schneller bearbeitet.

Beschwerdestatistik

Von den im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden waren 1.472 und damit 22,6 Prozent unzulässig. Nachträglich wurden 170 Verfahren eingestellt, da die Beschwerdeführer ihr Anliegen nicht weiter verfolgen wollten. Das war insbesondere dann der Fall, wenn sich die Versicherten mit ihrem Krankenversicherer außerhalb des Ombudsmannverfahrens einigen konnten. Nicht unerheblich sind die telefonischen Anfragen, die die Mitarbeiter des Ombudsmanns täglich bearbeiten. Von den ungefähr 30 täglichen Anfragen können

einige bereits auf diesem Wege geklärt werden. Die Verteilung der Beschwerden auf einzelne Themengebiete hat sich gegenüber dem Vorjahr nur sehr gering verändert. Nach wie vor entfällt der Hauptteil der Beschwerden mit 79,7 Prozent auf die Krankheitskostenvollversicherung.

Der Abschluss von Zusatzversicherungen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung bekunden damit ihr Bedürfnis, den gesetzlichen Leistungsumfang ergänzen und aufstocken zu wollen. Der Beschwerdeanteil beträgt 12,6 Prozent, gefolgt von 4,8 Prozent bezogen auf die Krankentagegeldversicherung. Selten haben sich die Versicherten mit Fragen rund um die Krankenhaustagegeldversicherung (1,2 Prozent), Private Pflegepflichtversicherung (ebenfalls 1,2 Prozent) und Reisekrankenversicherung (0,5 Prozent) an den Ombudsmann gewandt.

Innerhalb der Vollversicherung ist der Anteil der Beschwerden bezogen auf die medizinisch notwendige ambulante bzw. stationäre Heilbehandlung in den vergangenen Jahren nahezu gleich geblieben, wobei der Großteil der Beschwerden stets auf den ambulanten Teil entfällt. Dies findet seine Begründung darin, dass auch die Anzahl der Anträge auf Kostenerstattung und der entsprechenden Leistungsabrechnungen im ambulanten Bereich höher ist. Denn eine stationäre Behandlung ist erst medizinisch notwendig, wenn der angestrebte Behandlungserfolg nicht auch durch ambulante Maßnahmen erzielt werden kann. Das Spektrum zur Beurteilung von Heilbehandlungen reicht von „medizinisch möglich“ über „medizinisch sinnvoll“ bis hin zu „medizinisch notwendig“. Einen Erstattungsanspruch hat der Versicherungsnehmer

Beschwerdezahlen 2011

nur im letzten Fall. Vertretbar ist die medizinische Notwendigkeit einer Heilbehandlung, wenn sie sowohl in begründeter und nachvollziehbarer wie wissenschaftlich fundierter Vorgehensweise das zugrundeliegende Leiden diagnostisch hinreichend erfasst und eine ihm adäquate, geeignete Therapie anwendet. Diagnostik und Therapie sind grundsätzlich nach einem Stufenschema durchzuführen.

Unterscheiden muss man dabei zwischen ambulanten und stationären Behandlungen. Die Beschwerdethemen im ambulanten Bereich sind vielfältig. So beziehen sich die Beschwerden zum Teil auf die Fälle, in denen ein Versicherer die Kostenerstattung abgelehnt hat, da die Diagnostik zu umfangreich oder nicht zielführend betrieben wurde. Umgekehrt stellt sich auch oft die Frage, wann eine Übermaßbehandlung vorliegt, also eine Therapie, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgeht.

Wenn sich eine Beschwerde gegen die Ablehnung der Kostenerstattung für eine stationäre Heilbehandlung richtet, ist zu prüfen, ob tatsächlich die personellen und sachlichen Mittel einer Akutklinik erforderlich sind oder ob der Behandlungserfolg nicht auch durch ambulante Maßnahmen erzielt werden kann. Abzugrenzen sind darüber hinaus Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen, da für diese Maßnahmen grundsätzlich keine Leistungspflicht des Versicherers besteht, es sei denn, der vereinbarte Tarif sieht etwas anderes vor.

Bei den Anfragen zu Gebührenstreitigkeiten ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Betrug der Anteil im Jahr 2010 noch 13,9 Prozent der zulässigen Akten in der Krankheitskostenvollversicherung, beziehen sich nun 17,4 Prozent der Beschwerden auf diese Problematik. Dies deckt sich mit den

Beobachtungen des Ombudsmanns, dass die Versicherungsunternehmen Arztrechnungen aufgrund des ständig steigenden Kostendrucks im Gesundheitswesen sehr viel genauer prüfen als früher. Den Versicherern sind eine großzügige Handhabung der Erstattung von Arztrechnungen oder Kulanzeleistungen im Hinblick auf die Beitragsstabilität häufig nicht möglich.

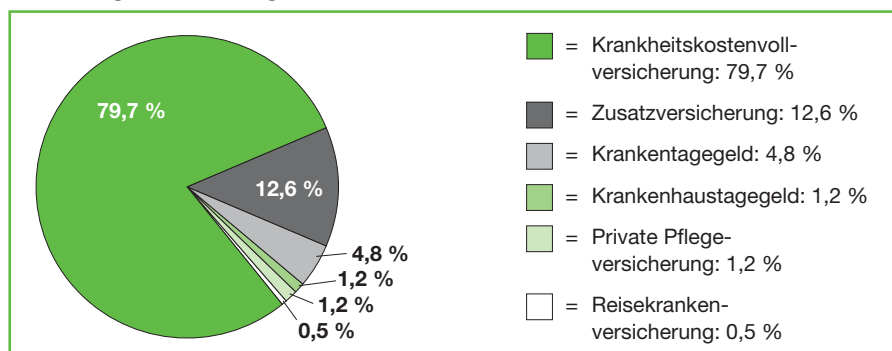
Wichtig war den Versicherungsnehmern die Frage nach den Auskunftsrechten des Versicherers, insbesondere die Einsichtnahme in Patientenakten und die Erklärung zur Schweigepflichtentbindung. Ein Grund für die Zunahme ist das Anliegen der Versicherer, genauere Prüfungen der Leistungspflicht durchzuführen. Die steigende Zahl der Beschwerden, die sich gegen Ablehnungen von Leistungen richtet, weil die medizinisch notwendige Heilbehandlung nicht durch entsprechende ärztliche Berichte nachgewiesen werden konnte, zeugt von einem steigendem Bewusstsein der Versicherungsnehmer für den Umgang mit ihren Gesundheitsdaten: Viele Versicherte sind sich über die Reichweite Ihrer Auskunftsobliegenheiten unsicher.

Gesondert erwähnenswert sind die Anfragen im Zusammenhang mit Zusatzversicherungen. Der Hauptteil der Beschwerden bezieht sich hier auf die vertragsrechtliche Ausgestaltung, mithin auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Da die Zusatzversicherungen im Gegensatz zu den Krankheitskostenvollversicherungen oft noch keine lange Vertragsdauer haben, entfallen verhältnismäßig viele Beschwerden auf die Ablehnung von Kostenerstattungen mit der Begründung, der Versicherungsfall wäre vor Versicherungsbeginn eingetreten. Aus dem Versicherungsprinzip ergibt sich, dass mit einem Ver-

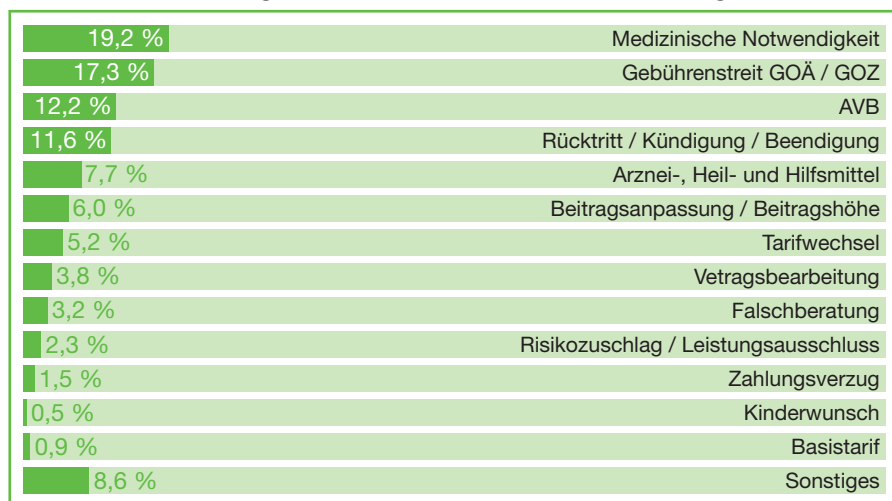
Beschwerdezahlen 2011

sicherungsvertrag nur die Risiken abgedeckt werden, die noch ungewiss in der Zukunft liegen. Nicht versichert sind bereits eingetretene Versicherungsfälle.

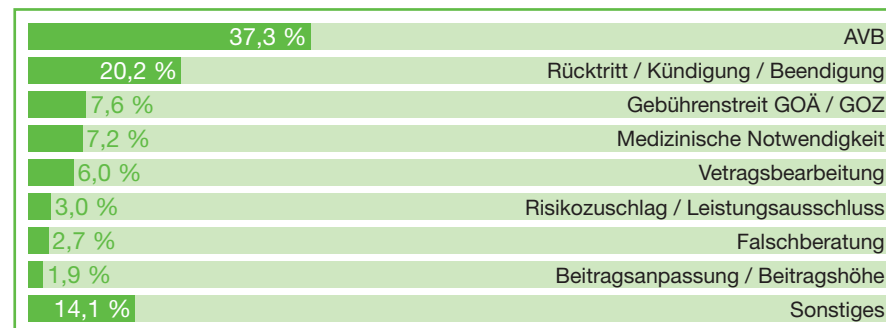
Verteilung des zulässigen Beschwerdeaufkommens 2011



Prozentuale Verteilung der Krankheitskostenvollversicherung



Prozentuale Verteilung der Zusatzversicherung



Schlichtungserfolge

Im Jahr 2011 hat die Ombudsstelle insgesamt 4.637 Beschwerden abgeschlossen. Von den zulässigen im Jahr 2011 angelegten Akten wurden bis zur Abfassung des Berichts 4.007 Beschwerden bearbeitet. Bei 27,6 Prozent der Verfahrensabschlüsse konnte der Ombudsmann den Versicherten vollständig oder zumindest teilweise weiterhelfen. In 72,4 Prozent der Fälle war eine Unterstützung durch den Ombudsmann nicht möglich.

Die Erfolgsquote lässt sich nicht auf bestimmte Themengebiete eingrenzen. Sie ist vielmehr, verteilt auf die Beschwerdegebiete, etwa gleich hoch, so dass keine Tendenz erkennbar ist, dass Beschwerden in bestimmten Fragen vor dem Ombudsmann erfolversprechender sind als andere. Ausnahmen sind z. B. Anfragen im Zusammenhang mit Beitragsanpassungen. Bei Beschwerdefällen, in denen eine medizinische Fragestellung im Vordergrund steht, kann eine gütliche Einigung vor dem Ombudsmann mit dem vorwiegend vorhandenen juristischen Fachwissen erzielt werden.

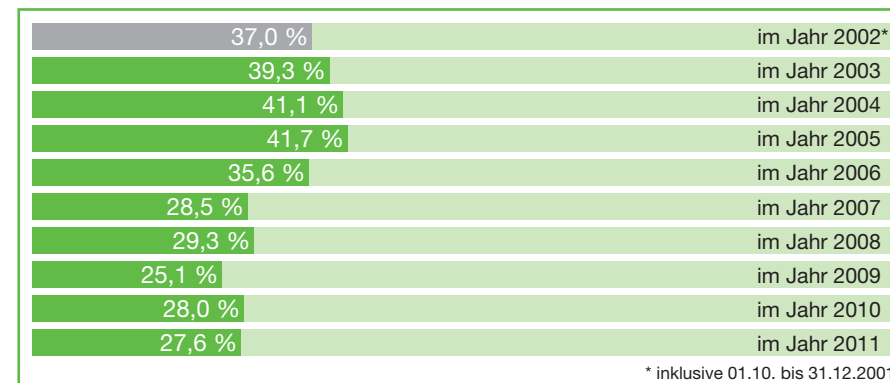
Beschwerdezahlen 2011

Auffällig ist, dass im Jahr 2011 keine einzige förmliche Empfehlung nach § 7 Absatz 1 des Statuts für den Ombudsmann ausgesprochen wurde. Das ist positiv zu werten und spricht für die gute Zusammenarbeit der Versicherer mit der Institution des Ombudsmanns. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass sämtliche Beschwerden mit übereinstimmender sachlicher und rechtlicher Bewertung abgeschlossen werden konnten.

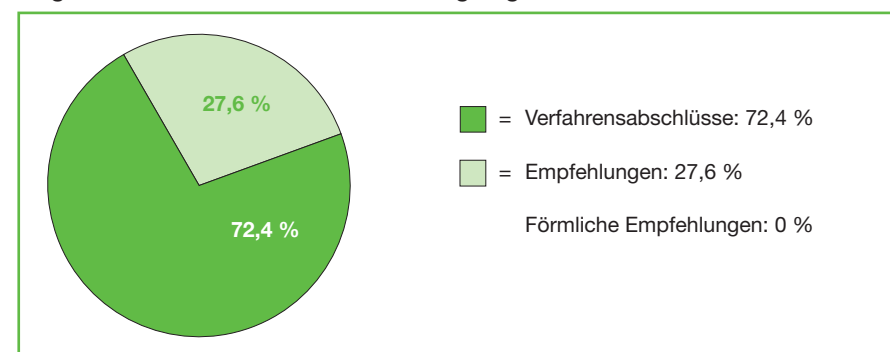
Auch der hohe Anteil der „erfolglosen“ Beschwerden spricht für die rechtskonforme Bearbeitung der einzelnen Krankenversicherer. Dem Ombudsmann bleibt hier nur, dem Versicherten die Entscheidung der einzelnen Unternehmen verständlich darzulegen und die Hintergründe zu erläutern. Dieser Dienst wird von den Versicherten durchaus positiv aufgenommen, die für nachvollziehbare Erläuterungen dankbar sind.

War eine Unterstützung durch den Ombudsmann möglich, bedeutet dies aber nicht zwingend, dass die Versicherer sich rechtswidrig verhalten oder unzulässig Leistungen vorenthalten hätten. Denn gerade im Rahmen der Streitschlichtung haben alle Beteiligten erkannt, dass rein juristische Bewertungen wie „entweder-oder-Entscheidungen“ selten zu einer Lösung der Streitfrage führen. Im Bereich der Privaten Krankenversicherung ist eine exakte juristische Abgrenzung bestimmter Sachverhalte (z. B. medizinische Notwendigkeit, Auslegung der Gebührenordnung) nur schwer möglich, so dass es häufiger auf ein „sowohl-als-auch“ hinausläuft. Die Krankenversicherer greifen hier das Ombudsmannverfahren auf und nutzen die Gelegenheit, 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.

Entwicklung der Erfolgsquote



Abgeschlossene Fälle der in 2011 angelegten Akten: 4.007



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. 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.

Ausgewählte Beschwerdethemen

Medizinische Notwendigkeit

Den größten Anteil an Beschwerden, die dem Ombudsmann vorgetragen werden, machen Auseinandersetzungen über die Frage der medizinischen Notwendigkeit einzelner Behandlungsmaßnahmen im Zusammenhang mit der Krankheitskostenvollversicherung aus. Versicherungsschutz besteht nach den Versicherungsbedingungen nur dann für Heilbehandlungen, Krankenhausaufenthalte, Arznei- sowie Heil- und Hilfsmittel, wenn sie „medizinisch notwendig“ sind.

Nach der Erfahrung des Ombudsmanns ist für die Versicherten vor allem schwer nachvollziehbar, dass die medizinische Notwendigkeit im versicherungsrechtlichen Sinn nicht zwingend mit dem übereinstimmen muss, was ihr behandelnder Arzt für sinnvoll hält. Denn die Frage, ob eine Behandlung medizinisch notwendig ist oder nicht, ist anhand objektiver Kriterien zu beurteilen. Allerdings steht der Patient auf Grund des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten dem Arzt regelmäßig näher als dem Versicherer. Dementsprechend groß ist regelmäßig die Enttäuschung des Versicherten, wenn sein Versicherer von der Einschätzung seines behandelnden Arztes abweicht. Nicht alles was medizinisch sinnvoll erscheint, ist im versicherungsrechtlichen Sinne medizinisch notwendig.

Die Frage der medizinischen Notwendigkeit kann im Prinzip in Bezug auf alle Leistungen der Krankenversicherung relevant werden. Viele Auseinandersetzungen entstehen um die Erstattung von noch nicht ausreichend erprobten Behandlungsmethoden. Diese werden von den Krankenversicherern deshalb oft nicht bezahlt, weil entsprechende Wirksamkeitsnachweise fehlen.

Eine zunehmende Rolle spielt die Abgrenzung zwischen Arznei- und Nahrungsergänzungsmitteln sowie die Erstattungsfähigkeit kosmetischer Präparate und alternativer Behandlungsmethoden. Nahrungsergänzungsmittel und kosmetische Präparate sind von den Krankenversicherern nicht zu erstatten, da sie keine medizinische Wirkung zeigen. Gleichwohl sind viele Versicherte der Ansicht, eine Erstattung habe zu erfolgen, da diese Mittel und Präparate zu ihrem Wohlbefinden beitragen.

Auch Verfahren aus der alternativen Medizin werden für die Versicherten immer interessanter.

Im Falle sogenannter Hilfsmittel (also technischer Mittel, die die Behandlung unterstützen) ist der Umstand, dass viele Versicherungstarife abschließende Hilfsmittelkataloge verwenden, oft Anlass zu Beschwerden. Die Versicherten können selten nachvollziehen, dass die ihnen bisweilen als „Rundum-Sorglos-Paket“ angebotene – oder zumindest von ihnen so verstandene – Private Krankenversicherung auch Regelungen vorsieht, die den Leistungsanspruch begrenzen. Hier sollten die Versicherungsunternehmen besser darüber aufklären, was genau Inhalt des jeweiligen Tarifs ist.

Ebenfalls im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit ist die Frage zu klären, ob eine Behandlung stationär oder ambulant durchgeführt werden muss. Dabei gilt, dass die stationäre Behandlung nur erstattungsfähig ist, wenn ambulante Behandlungsmethoden nicht möglich bzw. ausgeschöpft sind.

Als medizinischer Laie kann der Ombudsmann Streitfälle im Zusammenhang mit der medizinischen Notwendigkeit nur

Ausgewählte Beschwerdethemen

selten für alle Beteiligten zufriedenstellend lösen. Die Versicherten erwarten, dass der Ombudsmann gegenüber dem Versicherer eine eigene fachmedizinische Einschätzung zugunsten der Versicherten abgibt. Dies kann der Ombudsmann, der als Streitschlichter und nicht als Mediziner tätig wird, nicht leisten. Die vermittelnde Tätigkeit des Ombudsmannes beschränkt sich in diesen Fällen oft darauf, nochmals eine Überprüfung durch ärztliche Sachverständige anzuregen oder in Härtefällen eine Kulanzlösung vorzuschlagen.

Gebührenstreitigkeiten

Wie schon in den vergangenen Jahren sind zahlreiche Beschwerden auf die Auseinandersetzungen über die richtige Interpretation der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) zurückzuführen. Im Anschluss an die Behandlung erhalten die Versicherungsnehmer die Rechnung ihres Arztes oder Zahnarztes und reichen diese zur Erstattung bei ihrem Krankenversicherer ein, der die berechneten Gebührensätze nur zum Teil oder gar nicht anerkennt. Die Ablehnung wird häufig damit begründet, dass die Nebeneinanderberechnung zweier Gebührensätze gegen das in den Gebührenordnungen verankerte Zielleistungsprinzip verstößt, die durchgeführte medizinische Leistung überhaupt nicht abrechnungsfähig ist, eine unzulässige Mehrfachberechnung vorliegt oder die medizinische Leistung aufgrund der Leistungsbeschreibung nach einer anderen Gebührensatznummer abzurechnen ist.

Das führt zu einer schwierigen Situation für die Versicherten. Sie wenden sich abwechselnd an ihren Arzt/Zahnarzt und ihren Krankenversicherer und tauschen zwischen den Betei-

ligten die Argumente aus, ohne sie selbst nachvollziehen zu können. Der Ombudsmann versucht bei diesen Streitfällen zu erreichen, dass die Versicherer ihre Kunden aus der Auseinandersetzung mit dem rechnungsstellenden Arzt/Zahnarzt soweit wie möglich heraushalten. Ziel ist es, den Versicherten nicht zum Benachteiligten einer ungeklärten Rechtslage werden zu lassen. Da zwischen Arzt/Zahnarzt und Krankenversicherer keine vertraglichen Beziehungen bestehen, ist das nicht so einfach möglich.

Im kostenlosen Ombudsmannverfahren darf nicht erwartet werden, dass kostenintensive Gutachten eingeholt werden. Diese Vorgehensweise muss den Gerichten vorbehalten bleiben.

Der Ombudsmann versucht stattdessen, die Krankenversicherer zu einer rechtlichen Unterstützung zu bewegen, sollte der Versicherungsnehmer von seinem Arzt/Zahnarzt gerichtlich in Anspruch genommen werden. Gegebenenfalls besteht auch die Möglichkeit, dass die Krankenversicherung den offenen Rechnungsbetrag gegen Abtretung des Rückforderungsanspruchs gegenüber dem Arzt/Zahnarzt bezahlt.

Der Ombudsmann hat sich in der Vergangenheit immer wieder für eine Reformierung beider Gebührenordnungen ausgesprochen. Seit dem 01.01.2012 ist nun die neue GOZ in Kraft. Die Auswirkungen sind abzuwarten. Es ist aber zu vermuten, dass den Ombudsmann die Gebührenstreitigkeiten im zahnärztlichen Bereich auch noch in Zukunft beschäftigen werden.

Ausgewählte Beschwerdethemen

Versicherungsfall vor Versicherungsbeginn

Oft kommt im Rahmen der Beschwerden die Frage auf, wann und in welchem Umfang der Versicherer leistungspflichtig ist. Eine Antwort auf diese Frage bieten die Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK):

Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Der Versicherungsfall in der Privaten Krankenversicherung wird als Heilbehandlung bezeichnet. Den meisten Versicherten ist jedoch nicht bewusst, wann die eigentliche Heilbehandlung beginnt. Sie gehen wie selbstverständlich davon aus, dass erst mit der unmittelbaren ärztlichen Tätigkeit – also etwa, wenn der Zahnarzt den Bohrer ansetzt – auch die Heilbehandlung im Sinne der Versicherungsbedingungen beginnt. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Denn die Heilbehandlung beginnt bereits mit der ersten Inanspruchnahme einer ärztlichen Tätigkeit.

Hierzu gehört bereits die ärztliche Untersuchung, die auf ein Erkennen des Leidens abzielt, ohne Rücksicht darauf, ob sofort oder erst nach weiteren Untersuchungen eine endgültige und richtige Diagnose gestellt und mit den eigentlichen Heilmaßnahmen begonnen worden ist. War daher eine Behandlung bereits vor Versicherungsbeginn angeraten bzw. hat der Arzt eine Behandlungsbedürftigkeit festgestellt, ist der Versicherer nicht zu Leistung verpflichtet.

Die Versicherten fühlen sich dann oftmals ungerecht behandelt. Sie haben Beiträge gezahlt, erhalten dafür aber in dem konkreten Fall keine Versicherungsleistungen. Tatsächlich liegt jedoch keine ungerechte Behandlung vor. Denn Sinn und Zweck des Versicherungsvertrages ist es, zukünftige und ungewisse Ereignisse abzusichern. Der Versicherer übernimmt das Risiko, dass irgendwann in der Zukunft ein Versicherungsfall eintritt. Steht zu Vertragsbeginn jedoch bereits fest, dass eine Heilbehandlung erforderlich sein wird, stellt dies kein ungewisses Risiko mehr dar, sondern ein absehbares.

Lehnt der Versicherer dann begründeterweise eine Kostenerstattung ab, wünschen sich die Versicherten oftmals, dass sich der Ombudsmann für die Rückzahlung der bisher eingezahlten Beiträge einsetzt. Dies ist zwar nachvollziehbar, jedoch rechtlich nicht durchsetzbar. Denn die Beiträge wurden gerade nicht – wie von den Versicherten meist empfunden – umsonst gezahlt. Der Versicherer hat vielmehr das vertraglich vereinbarte Risiko übernommen und ist bei Eintritt eines Versicherungsfalles, der bei Vertragsschluss noch nicht vorgelegen hat, leistungspflichtig. Nicht in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind nur die Ereignisse, die bei Vertragsschluss bereits absehbar waren.

Um derartige Probleme für die Zukunft zu minimieren, ist es aus Sicht des Ombudsmannes dringend erforderlich, dass die Versicherer umfassend über ihre Leistungspflichten aufklären. Den Versicherten sollte bereits bei Vertragsschluss verdeutlicht werden, welche Leistungen nicht vom Versicherungsschutz erfasst sind. Nur so kann jeder für sich abschätzen, ob der Versicherungsvertrag seinen Bedürfnissen entspricht.

Ausgewählte Beschwerdethemen

Tarifwechsel

Das Tarifwechselrecht ist ein Thema, das für die Versicherten oftmals im Zusammenhang mit Beitragsanpassungen interessant wird. Die wesentliche Hilfestellung, die der Ombudsmann hier zu leisten vermag, besteht in einer möglichst umfassenden Information, wie durch einen Tarifwechsel der Beitrag reduziert werden kann. Daher sollten die Tarifwechselmöglichkeiten im Zusammenhang mit dem Informationsschreiben zur Beitragsanpassung umfassend aufgezeigt werden, wie es auch § 6 Abs. 2 Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) vorsieht.

Vereinzelte es vorgekommen, dass der Tarifwechsel vom Versicherer auf Grund der Ergebnisse einer Gesundheitsprüfung abgelehnt wurde. Das ist nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ausgeschlossen. Nach dieser Vorschrift darf der Wechsel gegebenenfalls von Risikozuschlägen bzw. Leistungsausschlüssen abhängig gemacht, aber nicht generell ausgeschlossen werden. Das Bundesverwaltungsgericht hat im Jahr 2011 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 Beitragserparnis anfangs 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 durch-

geführt werden sollte. Bei einem Wechsel in einen Tarif mit einem geringeren Selbstbehalt bzw. ohne Selbstbehalt ist ein nach der Gesundheitsprüfung gegebenenfalls erforderlicher jährlicher Risikozuschlag auf die Selbstbehaltsdifferenz zu begrenzen, wenn dies die einzige Mehrleistung darstellt.

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

Alternative Heilmethoden

Alternative Heilmethoden sind bei den Versicherten nach wie vor sehr beliebt. Diese führen oftmals an, dass sich nicht nur der Gesundheitszustand gebessert habe, sondern auch das allgemeine Wohlbefinden.

Unter Naturheilverfahren versteht man Methoden, die nicht direkt gegen pathologische Vorgänge gerichtet sind, sondern ihre Wirkung über eine Anregung der körpereigenen Heil- und Ordnungskräfte entfalten.

Anerkannte Verfahren sind zum Beispiel Akupunktur und Neuraltherapie bei bestimmten Schmerzerkrankungen. Allerdings gibt es viele weitere alternative Heilmethoden, bei denen ein eindeutiger Wirksamkeitsnachweis bislang fehlt. Hier sind der Kostenerstattung der Privaten Krankenkassen Grenzen gesetzt. Eine generelle Leistungspflicht besteht für die Mehrzahl dieser Methoden nicht.

Ausgewählte Beschwerdethemen

Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit alternativer Heilmethoden ist, dass die Wirkungsweise auf medizinischen Erkenntnissen und einem nachvollziehbaren Ansatz beruht sowie eine erfolgreiche Bewährung in der Praxis nachgewiesen ist. Zusätzlich ist erforderlich, dass schulmedizinische Methoden nicht zur Verfügung stehen.

Oft geben die Versicherungsnehmer an, dass die jeweilige Behandlungsmethode bei ihnen persönlich einen Erfolg erzielt habe. Sie gehen dann davon aus, dass eine Kostenerstattung schon aus diesem Grund erfolgen müsse. Hier ist es Aufgabe des Ombudsmanns, darüber aufzuklären, dass es auf die persönliche Einschätzung rechtlich gesehen nicht ankommt, denn es genügt für eine Kostenerstattung gerade nicht, dass die Maßnahme aus der Sicht des Arztes oder Patienten sinnvoll, nützlich oder vertretbar ist. Vielmehr ist die Wirksamkeit der Behandlung anhand objektiver Kriterien zu bemessen. Nach diesem Maßstab überprüft der Ombudsmann im Einzelfall, ob die Voraussetzung der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung erfüllt und die angewandte Methode ein geeignetes Mittel ist, um die Erkrankung zu behandeln. Hierfür ist zunächst eine eindeutige und gesicherte Diagnose erforderlich.

Der Ombudsmann verfügt nicht über medizinischen Sachverstand. Er kann sich aber bei der Überprüfung der Entscheidung des Krankenversicherers hinsichtlich der Beurteilung der Wirksamkeit einer Behandlung an den Leitlinien und Stellungnahmen der entsprechenden Fachgesellschaften sowie an randomisierten Studien orientieren und eine Plausibilitätsprüfung durchführen.

In Beschwerdefällen, in denen die Schulmedizin bei nicht heilbaren oder gar lebensbedrohenden Erkrankungen zu keinem Heilerfolg führt, können auch sogenannte Außenseitermethoden erstattungsfähig sein.

Gleichzeitig muss aber auch in diesen Fällen die Heilbehandlung auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren und begründeten Ansatz beruhen, der nicht völlig abwegig ist.

In Fällen, in denen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nicht erfüllt sind, erkennen die Krankenversicherer oftmals dennoch Leistungen an, wenn die Heilmethoden zumindest sinnvoll sind. Für diesen Fall stellen die Versicherer im Rahmen des Ombudsmannverfahrens teilweise aus Kulanz Erstattungsleistungen zur Verfügung.

Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht / Vermittlertätigkeit

Auch in diesem Jahr wandten sich Versicherte an den Ombudsmann, bei denen es zu einer vorzeitigen Vertragsbeendigung oder einer Vertragsanpassung durch den Versicherer kam. Ihnen wird eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung vorgeworfen, also bei Antragstellung die Gesundheitsfragen nicht ordnungsgemäß beantwortet zu haben.

Von einer Verletzung der Anzeigepflicht spricht man, wenn der Versicherte im Antrag für eine Krankenversicherung unvollständige oder sogar falsche Angaben gemacht hat. Das betrifft überwiegend die Fragen zum Gesundheitszustand.

Ausgewählte Beschwerdethemen

Wenn die Versicherten bei Antragstellung von einem Versicherungsvermittler beraten wurden und die Gesundheitsfragen mit ihm gemeinsam ausgefüllt haben, wenden sie sich mit ihrer Beschwerde regelmäßig auch gegen den Vermittler.

Der Ombudsmann ist auch für Beschwerden gegenüber Versicherungsvermittlern zuständig.

Zur Begründung ihrer Beschwerde führen die Versicherten oftmals an, dass sie den Vermittler über ihren Gesundheitszustand informiert hätten und sie daher den Vorwurf, bei Antragstellung getäuscht zu haben, nicht nachvollziehen könnten. Der Vermittler hätte beispielsweise die Bedeutung einer bestimmten Erkrankung heruntergespielt und damit zu einer falschen bzw. unvollständigen Antwort verleitet.

Zunächst ist die Art des Versicherungsvermittlers von Bedeutung. Man unterscheidet zwischen einem Versicherungsvertreter (als Vertreter des Versicherungsunternehmens) und einem Versicherungsmakler.

„Versicherungsvertreter im Sinn dieses Gesetzes ist, wer von einem Versicherer oder Versicherungsvertreter damit betraut ist, gewerbsmäßig Versicherungsverträge zu vermitteln oder abzuschließen.“ § 59 II VVG

„Versicherungsmakler im Sinn dieses Gesetzes ist, wer gewerbsmäßig für den Auftraggeber die Vermittlung oder den Abschluss von Versicherungsverträgen übernimmt, ohne von einem Versicherer oder von einem Versicherungsvertreter damit betraut zu sein.“ § 59 III VVG

Als gebundener Vertreter wird ein Versicherungsvermittler für eine Versicherungsgesellschaft tätig und vermittelt einen Vertrag dieser einen Gesellschaft an den Kunden.

Der Versicherungsmakler dagegen hat keine feste Bindung an ein Versicherungsunternehmen, sondern wird im Rahmen eines Maklervertrages mit dem Interessenten tätig.

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, Erklärungen und Anzeigen vor Vertragsschluss entgegenzunehmen. Diese Informationen werden so bewertet, als hätte der Kunde sie dem Versicherer direkt mitgeteilt. Es gilt die sogenannte Auge- und Ohr-Rechtsprechung. Damit erfüllt der Kunde seine Anzeigepflicht, wenn er den Versicherungsvertreter über den betreffenden Umstand informiert auch wenn dieser die Angaben nicht im Antrag einträgt oder eine Weiterleitung der Information an das Unternehmen unterlässt.

Wurde ein Versicherungsmakler mit der Vermittlung beauftragt, muss sich die Versicherungsgesellschaft Mitteilungen an den Makler nicht zurechnen lassen, da der Makler im Auftrag des Kunden handelt. Dann ist allenfalls der Makler in der Haftung. Das wäre der Fall, wenn auf Grund seines Verschuldens die Gesundheitsfragen falsch oder unvollständig beantwortet wurden.

Soweit die Theorie, in der Praxis kommt es auf den tatsächlichen Sachverhalt an. Bei der Prüfung, ob dem Versicherten eine Anzeigepflichtverletzung vorgeworfen werden kann, ist maßgeblich, was der Kunde tatsächlich auf die gestellten Gesundheitsfragen geantwortet hat. Oftmals werden die Gesundheitsfragen mündlich besprochen und im Antrag vom

Ausgewählte Beschwerdethemen

Vermittler ausgefüllt. Der Kunde unterschreibt lediglich den Versicherungsantrag.

Eine abschließende Aufklärung ist dem Ombudsmann – bei den teilweise mehrere Jahre zurückliegenden Gesprächen – nicht in jedem Fall möglich. Soweit der Vermittler den Vorwurf bestreitet, steht Aussage gegen Aussage. Auch wenn der Versicherte angibt, einen Zeugen für das Gespräch zu haben, kann dieser nicht gehört werden, sondern nur bei der Würdigung der Gesamtumstände berücksichtigt werden. Im Ombudsmannverfahren sind Beweisaufnahmen nicht vorgesehen. Diese müssen einem gerichtlichen Verfahren vorbehalten bleiben.

Für den Fall jedoch, dass der Versicherte – wie es auch vorkommt – das Antragsformular blanko unterschrieben und den Vermittler zum eigenhändigen Ausfüllen ermächtigt hat, kann der Ombudsmann nichts für ihn tun. Eine etwaige fehlerhafte Beantwortung muss sich der Versicherte zurechnen lassen, er kann sich nicht im Nachhinein auf Unkenntnis berufen.

Gegenstand der Auskunftspflicht

In welchem Umfang der Krankenversicherer Auskünfte von den behandelnden Ärzten einholen darf, beschäftigt zunehmend die Versicherten und ist dadurch auch ein Beschwerdethema beim Ombudsmann.

Rechtliche Grundlage für das Auskunftsbegehren des Versicherers ist § 31 VVG in Verbindung mit § 9 Abs. 2 MB/KK. Danach hat der Versicherungsnehmer jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und seines Umfangs erforderlich ist.

Ob und wieweit Auskünfte erforderlich sind, bestimmt der Krankenversicherer aus seiner Sicht. Alle Umstände, die er zur Klärung seiner Leistungspflicht für bedeutsam erachtet, sind erforderlich. Je komplizierter der Versicherungsfall ist, desto weitreichender ist die Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers.

Oft teilen die Krankenversicherer im Rahmen des Ombudsmannverfahrens mit, dass die Beantwortung konkreter Fragen durch den Versicherungsnehmer nicht ausreicht, damit eine Leistungspflicht umfassend geprüft werden kann. Dies kann zum Einen damit zusammenhängen, dass die Versicherungsnehmer selbst den Krankheitsverlauf nicht mehr detailgetreu rekonstruieren können. Zum Anderen ist der Versicherungsnehmer regelmäßig ein medizinischer Laie. Da zur Beurteilung des Versicherungsfalles jedoch medizinische Fachauskünfte erforderlich sind, ist der Krankenversicherer auf Informationen des behandelnden Arztes angewiesen. Daher wird in vielen Fällen eine Einsichtnahme in die ärztlichen Behandlungsunterlagen notwendig.

In diesem Zusammenhang hat der Ombudsmann eine gewisse Verunsicherung der Versicherungsnehmer festgestellt. Diese fühlen sich dem Krankenversicherer gegenüber „entblößt“ und fragen sich, ob durch die Einsicht in die ärztlichen Behandlungsunterlagen unzulässig in ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung eingegriffen wird. Ob ein solcher Eingriff tatsächlich vorliegt, prüft der Ombudsmann gesondert für jeden Einzelfall. Hier ist eine Abwägung zwischen den Interessen des Versicherungsnehmers auf Schutz seiner Privatsphäre und dem Interesse des Krankenversicherers an einer umfassenden Prüfung seiner Leistungspflicht vorzu-

Ausgewählte Beschwerdethemen

nehmen. Die Interessen des Versicherungsnehmers müssen immer dann zurücktreten, wenn es dem Krankenversicherer ohne die Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen nicht möglich ist, seine Leistungspflicht umfassend zu prüfen. Der Ombudsmann macht den Versicherungsnehmer in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass der Krankenversicherer seine Leistungserbringung von der Einsichtnahme in die ärztlichen Behandlungsunterlagen abhängig machen kann. Werden dem Krankenversicherer nicht in dem erforderlichen Umfang Auskünfte zur Verfügung gestellt, kann der Krankenversicherer teilweise oder ganz von seiner Pflicht zur Leistung befreit sein. Denn der Krankenversicherer ist nur verpflichtet, berechnete Leistungsforderungen zu erfüllen.

Beachtet werden muss dabei, dass den Versicherern keine direkten Ansprüche gegen die Ärzte auf Auskunft oder Herausgabe der Behandlungsunterlagen zustehen. Um seiner Auskunftspflicht gegenüber dem Krankenversicherer nachzukommen, ist der Versicherungsnehmer aber berechtigt, seinerseits die Unterlagen von seinem Arzt zu verlangen, um diese dem Versicherer zur Verfügung zu stellen.

Dieser Umweg kann dadurch umgangen werden, dass der Versicherungsnehmer seinen Arzt gegenüber dem Krankenversicherer von der Schweigepflicht entbindet. Dadurch besteht für den Krankenversicherer die Möglichkeit, die erforderlichen Auskünfte direkt vom behandelnden Arzt anzufordern.

Bei der täglichen Bearbeitung der Beschwerden fällt auf, dass viele Versicherungsnehmer nicht wissen, in welchem Umfang die Schweigepflichtentbindungserklärung zu erteilen

ist. Aufgabe des Ombudsmanns ist es dann, darauf hinzuweisen, dass eine Schweigepflichtentbindungserklärung pauschal für jegliches Auskunftsbegehren des Krankenversicherers erteilt werden kann. Hierbei liegt die Betonung auf „kann“, denn der Krankenversicherer hat grundsätzlich keinen Anspruch auf die Erteilung einer sogenannten Generalermächtigung. Der Ombudsmann macht daher auch darauf aufmerksam, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung begrenzt werden kann und auch die Erteilung von Einzelermächtigungen möglich ist. Möchte der Versicherungsnehmer überhaupt keine Schweigepflichtentbindungserklärung erteilen, ist auch dies zulässig. Allerdings muss der Versicherungsnehmer in derartigen Fällen damit rechnen, dass der Krankenversicherer ganz oder teilweise von seiner Leistungspflicht frei werden kann.

Festzuhalten bleibt, dass es für die Versicherungsnehmer meist schwer zu akzeptieren ist, empfindliche Gesundheitsdaten an den Krankenversicherer weiterzugeben. Hintergrund ist die Angst, dass die eigenen Daten in falsche Hände gelangen. Diesen Ängsten könnte verstärkt entgegengewirkt werden, indem den Versicherungsnehmern beispielsweise angeboten wird, die angeforderten Auskünfte direkt den beratenden Ärzten oder Gutachtern der Krankenversicherer zur Verfügung zu stellen.

Krankentagegeldversicherung

Den Ombudsmann haben weiterhin Fragen im Zusammenhang mit der Krankentagegeldversicherung erreicht. Differenzen zwischen Versicherer und Versicherten entstehen vor allem bei der Klärung, ob noch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit

Ausgewählte Beschwerdethemen

higkeit des Versicherten vorliegt, die Voraussetzung für die Zahlung eines Krankentagegeldes ist, oder ob bereits eine Berufsunfähigkeit besteht, mit der das Versicherungsverhältnis endet bzw. nur in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt werden kann.

Voraussetzung für einen Anspruch auf Krankentagegeld ist eine bestehende Arbeitsunfähigkeit.

Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen der Krankentagegeldversicherung liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie nicht ausübt und auch keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht, d.h. eine 100 prozentige Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Für die Versicherten bedeutet das, dass sie überhaupt nicht, also auch nicht stundenweise, aufsichtführend oder im Rahmen untergeordneter Tätigkeiten in ihrem bisher ausgeübten Beruf oder einer anderen Erwerbstätigkeit tätig sein können. Entgegen einer weitverbreiteten Ansicht sind die Anforderungen damit höher als beispielsweise in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch in der Rechtsprechung wird dies immer wieder bestätigt.

Wie schon erwähnt, kommt es darüber hinaus auf den medizinischen Befund an. Der Ombudsmann selbst kann den Gesundheitszustand des Versicherten nicht abschließend beurteilen. Er prüft aber, ob die verschiedenen Stellungnahmen und Gutachten nachvollziehbar sind und ob einer Auffassung der Vorzug zu geben ist. Andernfalls regt der Ombudsmann an, den Versicherten erneut ärztlich begutachten zu lassen.

Voraussetzung ist, dass beide Parteien mit dem Gutachter einverstanden sind.

Mit Eintritt der Berufsunfähigkeit hingegen endet die Krankentagegeldversicherung.

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig ist.

Sofern der Versicherer dem Versicherten nicht den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung angeboten hat, wirkt der Ombudsmann unter Hinweis auf die Rechtsprechung darauf hin.

Bei der Feststellung der Berufsunfähigkeit kommt es ebenfalls auf den medizinischen Befund an. Auch hier kann der Ombudsmann bei widersprüchlichen Gutachten eine erneute Begutachtung anregen.

Für die Versicherten ist im Zusammenhang mit der Einschätzung des Gesundheitszustandes von Belang, ob sie der Aufforderung durch den Versicherer, sich von einem Arzt untersuchen zu lassen, nachkommen müssen, wenn der eigene Arzt die Arbeitsunfähigkeit bestätigt hat.

Grundsätzlich muss der Versicherte die Voraussetzungen für seinen Krankentagegeldanspruch, also die Arbeitsunfähigkeit, auf eigene Kosten nachweisen. Oftmals reicht alleine ein Attest des behandelnden Arztes nicht aus. Daher ist der Versicherte vertraglich verpflichtet, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die Kosten hierfür trägt der Versicherer.

Ausgewählte Beschwerdethemen

Pflegeversicherung

Den Ombudsmann erreichen nur wenige Beschwerdefälle im Zusammenhang mit der Privaten Pflegepflichtversicherung. Im Vergleich zur Krankenversicherung gibt es in der Pflegeversicherung weniger Versicherungsfälle und Leistungsarten. Die Leistungen sind bei allen Unternehmen in der Privaten Pflegeversicherung nach den gesetzlichen Vorgaben einheitlich.

Voraussetzung für Leistungen aus der Pflegeversicherung ist das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit. Nach den gesetzlichen Vorgaben werden drei Stufen der Pflegebedürftigkeit unterschieden, deren Vorliegen Voraussetzung dafür ist, dass überhaupt Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen werden können: Erhebliche Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I), Schwerpflegebedürftigkeit (Pflegestufe II) oder Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III).

Erhebliche Pflegebedürftigkeit besteht, wenn wenigstens einmal täglich Hilfe bei der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen (z.B. Ankleiden, Nahrungsaufnahme) besteht.

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten pflegerische Hilfen erforderlich sind.

Schwerstpflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn rund um die Uhr, auch nachts, pflegerische Hilfen erforderlich sind.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, mindestens aber für sechs Monate bestehen. Sie wird durch ärztliche Begutach-

tung der Medicproof, Gesellschaft für medizinische Gutachten, sowie durch Pflegekräfte festgestellt.

Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit werden im ambulanten Bereich die Kosten für häusliche Pflegehilfe durch zugelassene Pflegedienste bis zu einem bestimmten Betrag monatlich erstattet oder es wird ein Pflegegeld für die Betreuung durch Pflegepersonen in Höhe eines bestimmten monatlichen Betrages gezahlt. Außerdem gibt es im ambulanten Bereich Leistungen für Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel sowie Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Es gibt auch Leistungen für teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sowie für pflegende Angehörige.

Im stationären Bereich werden je nach Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmte Beträge für die stationäre Pflege monatlich erstattet.

Bei den Beschwerden, die beim Ombudsmann zur Pflegeversicherung eingehen, geht es regelmäßig um die richtige Einstufung in die Pflegeversicherung, Abgrenzungsfragen zur Privaten Krankenversicherung, die Erstattungsfähigkeit bestimmter ambulanter Leistungen im Bereich der teilstationären Pflege oder spezieller Pflegehilfsmittel. So kann es beispielsweise vorkommen, dass der Versicherungsnehmer oder der pflegende Angehörige mit der Einstufung in die Pflegestufe durch Medicproof nicht einverstanden ist, Fahrtkosten zur Tagespflegeeinrichtung oder ein bestimmtes Pflegehilfsmittel nicht erstattet erhält. Der Ombudsmann prüft, ob ein Anspruch auf Erstattung der Leistung besteht. Außerdem kann er anregen, dass eine erneute Begutachtung durch Medicproof durchgeführt wird.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Erneute Karenzzeit

Der Beschwerdeführer erhielt aufgrund seiner krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit für mehrere Monate Krankentagegeld. Danach ging er für einen Monat wieder seiner beruflichen Tätigkeit nach, war aber wegen seiner Krankheit weiterhin in Behandlung. Im weiteren Verlauf wurde er auf Grund derselben Krankheit erneut arbeitsunfähig und wollte wiederum Leistungen aus seiner Krankentagegeldversicherung in Anspruch nehmen. Der Versicherer lehnte eine Leistung mit der Begründung ab, dass die vereinbarte Karenzzeit von 43 Tagen noch nicht abgelaufen gewesen wäre.

Der Ombudsmann folgte dieser Auffassung nicht. Denn der Versicherungsfall besteht nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Krankentagegeldversicherung fort, wenn zwar Arbeitsfähigkeit vorliegt, jedoch weiterhin Behandlungsbedürftigkeit besteht. Für diesen Fall darf für den gleichen Versicherungsfall die Karenzzeit nicht erneut berücksichtigt werden. Lediglich eine neu eingetretene oder behandelte Krankheit, die nicht mit der ersten Krankheit in einem ursächlichen Zusammenhang steht, begründet einen neuen Versicherungsfall. Da der Beschwerdeführer ohne Unterbrechungen auf Grund der gleichen Krankheit behandelt wurde, lag aber gerade kein neuer Versicherungsfall vor. Der Versicherer schloss sich der Auffassung des Ombudsmanns an und zahlte Krankentagegeld, ohne den Ablauf einer neuen Karenzzeit zu verlangen.

Klinische Studie

Im Zusammenhang mit seiner Erkrankung nahm der Beschwerdeführer an einer klinischen Studie teil. Der behandelnde Arzt hatte die Teilnahme empfohlen, um die Folgen der Krankheit abzumildern. Die Abrechnung der Behandlungen reichte der Beschwerdeführer bei seinem Krankensversicherer ein, der sich jedoch nicht an den Kosten beteiligen wollte. Mit seiner Beschwerde begehrte der Beschwerdeführer die Übernahme der Kosten, da die Behandlungen zu einer Besserung geführt hätten.

Der Ombudsmann konnte hier nicht helfen. Die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht des Versicherers lagen nicht vor. Versicherungsschutz hatte der Beschwerdeführer für die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ist eine Behandlungsmaßnahme medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Unabdingbar ist, dass die gewählte Behandlungsmethode auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen muss, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung auf das angestrebte Behandlungsziel zu erklären vermag. Die medizinische Notwendigkeit ist daher nicht nach den Umständen im Einzelfall zu beurteilen, vielmehr bedarf es einer generellen Eignung der Therapie, ein Leiden gezielt zu heilen, zu bessern oder zu lindern. Das setzt im Ergebnis voraus, dass die Wirksamkeit einer Therapie wissenschaftlich nachgewiesen sein muss. Diese Voraussetzungen lagen bei der klinischen Studie gera-

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

de nicht vor, bei der vielmehr neuartige Verfahren untersucht werden sollten. Aus den Patienteninformationen zur klinischen Studie ging auch hervor, dass die Kosten teilweise über ein Forschungsbudget finanziert wurden. Damit fehlte es zweifelsfrei an der generellen Eignung als Therapie, so dass sich der Ombudsmann nicht für eine Kostenübernahme aussprechen konnte.

Beitragsrückerstattung

Dem Beschwerdeführer ging es um Auszahlung der Beitragsrückerstattung für das zurückliegende Jahr. Allerdings hatte er bei seiner Krankenversicherung eine Rechnung über eine ambulante Vorsorgebehandlung zur Erstattung eingereicht. Diese Rechnung wurde unter Berücksichtigung der tariflichen Selbstbeteiligung abgerechnet. Da die vereinbarte Selbstbeteiligung höher als der Erstattungsbetrag war, wurde kein Erstattungsbetrag an den Beschwerdeführer ausgezahlt.

Schließlich wandte sich der Beschwerdeführer an den Ombudsmann, da durch diese Abrechnung der Anspruch auf eine mögliche Beitragsrückerstattung nach den tariflichen Bedingungen entfallen war. Er vertrat die Auffassung, dass seine Krankenversicherung ihm die Option hätte einräumen müssen, die Rechnung wieder zurückzuziehen, um den Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht zu verlieren.

Der Ombudsmann erläuterte dem Beschwerdeführer, unter welchen vertraglichen Voraussetzungen der Anspruch auf Beitragsrückerstattung bestehen bleibt, obwohl Kosten für eine ambulante Vorsorgeuntersuchung geltend gemacht werden. Dies ist der Fall, wenn Rechnungen über Vorsorge-

untersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen eingereicht werden und die Rechnungen den ausdrücklichen Hinweis hierauf enthalten. Die abgerechnete Untersuchung ging jedoch über eine Vorsorgeuntersuchung nach den gesetzlich eingeführten Programmen hinaus, da unter anderem eine Ausschlussdiagnose gestellt wurde, zu deren Abklärung weitere Untersuchungen erforderlich waren. Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung bestand daher nicht.

Der Ombudsmann wandte sich an den Versicherer mit der Bitte um Kulanzprüfung, da der Beschwerdeführer bei Kenntnis der Rechtslage die Rechnung sicherlich nicht eingereicht hätte. Denn ursprünglich wollte der Beschwerdeführer lediglich eine Vorsorgeuntersuchung durchführen, die weiterhin zu einer Beitragsrückerstattung berechtigt hätte. Auf Grund der besonderen Umstände musste die Untersuchung erweitert werden, was dem Beschwerdeführer nicht eindeutig bewusst war. Der Versicherer kam der Bitte nach und zahlte die für den Tarif vorgesehene Beitragsrückerstattung entgegenkommend aus.

Versicherungspflicht

Ein in Deutschland krankheitskostenvollversicherter Beschwerdeführer teilte dem Versicherer mit, dass er sich für unbestimmte Zeit im Ausland aufhalten werde und beantragte die Umstellung seines Versicherungsschutzes in eine Anwartschaftsversicherung. Mit einer Anwartschaft sichert sich ein Versicherungsnehmer den später erforderlichen Versicherungsschutz einer Privaten Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Die Vertragsumstellung lehnte der Versicherer mit der Begründung ab, dass die Anforderungen an die in Deutschland bestehende Versicherungspflicht nicht erfüllt seien. Es sei nicht nachgewiesen, dass bei einem anderen Versicherer ein Versicherungsschutz besteht, der den gesetzlichen Anforderungen entspricht.

Hintergrund ist die seit dem 01.01.2009 bestehende Versicherungspflicht in Deutschland. Sie besagt, dass jede Person mit Wohnsitz im Inland dazu verpflichtet ist, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst. Diese Verpflichtung bezieht sich auf alle Personen mit Wohnsitz im Inland, unabhängig davon, ob dies einer von mehreren Wohnsitz ist. Aufgrund dieser Versicherungspflicht ist eine Umstellung von einer aktiven Krankheitskostenvollversicherung in eine Anwartschaftsversicherung nur dann möglich, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass für ihn bei einem anderen Versicherer ein Versicherungsschutz besteht, der den genannten gesetzlichen Voraussetzungen entspricht. Dies hatte der Beschwerdeführer bislang nicht getan.

Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens erklärte sich der Versicherer bereit, eine rückwirkende Umstellung des Vertrages in eine Anwartschaftsversicherung zu prüfen.

Nachdem der Beschwerdeführer die Unterlagen zur Art und zum Umfang des Versicherungsschutzes im Ausland eingereicht hatte, konnte der Versicherer die gewünschte Anwartschaftsversicherung anbieten, da die gesetzlichen Voraus-

setzungen an die Versicherungspflicht erfüllt waren. Durch diese Vertragsumstellung reduzierte sich die monatliche Beitragsbelastung des Beschwerdeführers erheblich, denn eine doppelte Beitragspflicht konnte ausgeschlossen werden.

Vertragsbearbeitung

Zur Vereinfachung bat der Versicherte seinen Krankenversicherer, Rechnungen der behandelnden Ärzte direkt bei den Rechnungsstellern zu erstatten. Eine direkte Überweisung hatte der Versicherer jedoch abgelehnt und sich lediglich in Ausnahmefällen zu dieser Vorgehensweise bereit erklärt. Diese Haltung konnte der Versicherte nicht nachvollziehen.

Die Beschwerde beim Ombudsmann war nicht erfolgreich. Zu berücksichtigen war, dass zwei Vertragsverhältnisse vorlagen. Der Versicherte stand zum einen mit seinem Versicherer in einem Vertragsverhältnis, zum anderen mit dem jeweils behandelnden Arzt. Zwischen dem Versicherer und dem Arzt bestand hingegen kein Vertrag.

In der Privaten Krankenversicherung gilt das sogenannte Erstattungsprinzip, d. h. der Versicherte bezahlt seine Rechnung gegenüber dem Arzt und erhält seine Aufwendungen dann von dem Versicherer erstattet. Schwierigkeiten können sich insoweit ergeben, wenn der Erstattungsbetrag nicht mit dem in Rechnung gestellten Betrag identisch ist. Die Erstattung richtet sich immer nach dem abgesicherten Versicherungsumfang. Es können beispielsweise vom Arzt Leistungen in Rechnung gestellt worden sein, die vom Tarif des Versicherten nicht abgedeckt sind, so dass dieser diese Leistungen selbst übernehmen muss. Weiter könne ein Selbstbe-

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

halt zu berücksichtigen sein. Daher ist es lediglich ausnahmsweise möglich, die Rechnungen direkt zu begleichen. Die Beschwerde hatte keinen Erfolg.

Allergietest

Eine Beschwerdeführerin unterzog sich im Vorfeld einer Zahnbehandlung einem speziellen Allergietest (Lymphozytentransformationstest), um die Verträglichkeit regelmäßig verwendeter Materialien wie Aluminium und Quecksilber abzuklären und begehrte von ihrem Krankenversicherer Kostenerstattung für dieses Laborverfahren.

Ein Erstattungsanspruch bestand nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen nur im Fall einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung bzw. für medizinisch notwendige diagnostische Verfahren. Das bedeutet, dass das Verfahren aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse geeignet sein muss, diagnostische Ergebnisse mit einer bestimmten, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden Sicherheit zu liefern.

Der Versicherer teilte der Beschwerdeführerin mit, dass mit einem Lymphozytentransformationstest nach dem bisherigen wissenschaftlichen Stand eine sicherere diagnostische Abklärung von Allergien nicht möglich sei. Dieser Test sei weniger sensitiv und spezifisch als die bekannten Verfahren, die zur Abklärung von Allergien regelmäßig zur Anwendung kommen. Der Test berge die Gefahr in sich, dass es zu falsch-positiven Ergebnissen komme. Außerdem fehle es im Fall der Beschwerdeführerin an der bei Allergietestungen allgemein anerkannten Stufendiagnostik. Darunter ist eine wis-

senschaftlich anerkannte Vorgehensweise zur Abklärung von Beschwerden und Krankheiten in Form von Basisdiagnostik und ggf. erforderlich werdender Spezialdiagnostik zu verstehen. Der medizinische Standard sehe zur Abklärung von Allergien zunächst den Epikutantest (PRICK-Test) vor, dann den RAST-Test sowie ggf. gezielte weitere Diagnostik.

Da diese herkömmlichen Testverfahren nicht angewendet wurden, konnte sich der Ombudsmann nicht für eine Kostenerstattung aussprechen.

Versehentliche Kündigung

Der gesetzlich versicherte Beschwerdeführer unterhielt seit 1997 eine Ergänzungsversicherung für Zahnbehandlungen. Im Jahr 2000 wurde der Versicherungsschutz um eine Auslandsreisekrankenversicherung erweitert. Beide Versicherungen wurden unter der gleichen Versicherungsnummer geführt. Nachträglich erfolgte eine Trennung der beiden Tarife und für die Auslandsreisekrankenversicherung wurde eine neue Versicherungsnummer vergeben.

Der Beschwerdeführer beabsichtigte, die Auslandsreisekrankenversicherung zu kündigen und erkundigte sich bei seinem Versicherungsvermittler nach dem entsprechenden Vertragsanteil und der Versicherungsnummer. Versehentlich nannte der Vermittler die ursprüngliche Versicherungsnummer, unter der beide Versicherungen kurzzeitig geführt wurden. Die neu angelegte Versicherungsnummer für die Auslandsreisekrankenversicherung wurde übersehen. Der Beschwerdeführer kündigte ohne weitere Prüfung die Versicherung unter Angabe der Versicherungsnummer. Daraufhin beendete der Versicherer

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

die Zahnergänzungsversicherung. Der Versicherer führte aus, die Kündigung sei eindeutig und könne nachträglich nicht mehr zurückgenommen werden. Dem Versicherten hätten alle Informationen über den Versicherungsvertrag vorgelegen.

Diese Auffassung teilte der Ombudsmann nicht. Der Beschwerdeführer hatte sich eigens beim Vermittler erkundigt, welchen Vertragsteil er für die Auslandsreisekrankenversicherung kündigen muss. Auf die Informationen des zuständigen Ansprechpartners muss sich ein Versicherter verlassen können. Soweit der Vermittler die Versicherungsnummer unzutreffend angibt, muss sich der Versicherer dieses Versehen zurechnen lassen. Nachdem der Vermittler den Vortrag des Beschwerdeführers bestätigte, beendete der Versicherer wunschgemäß die Auslandsreisekrankenversicherung und führte den Zahnergänzungstarif fort.

Verwehrt Tarifwechsel

Um seine Beitragslast zu verringern, beantragte ein Beschwerdeführer bei seinem Krankenversicherer den Wechsel in einen günstigeren Tarif. Einen derartigen Tarifwechsel wollte der Versicherer nicht anbieten, da zwischenzeitlich auf Grund des Beitragsverzuges das Ruhen der Leistungen festgestellt wurde. Es bestand somit ein eingeschränkter Versicherungsschutz für die sogenannten Notfalleistungen. In diesem Zusammenhang vertrat der Versicherer die Auffassung, dass das Tarifwechselrecht des Versicherten aus dem Versicherungsvertragsgesetz eine Vertragstreue voraussetzt. Soweit der Versicherte seinen Pflichten nicht nachkomme, könne er seinerseits keine vertraglichen Ansprüche geltend machen. Durch das Ruhen der Leistungen würde das Tarif-

wechselrecht ebenfalls ruhen. Ein entsprechender Tarifwechsel könne nur angeboten werden, wenn der Versicherte nachvollziehbar sicherstellt, den Beitragsrückstand auszugleichen und die zukünftigen Beiträge pünktlich zu zahlen.

Diese Auffassung teilte der Ombudsmann nicht. Bei dem Tarifwechselrecht für die Versicherten handelt es sich nicht um einen vertraglichen sondern vielmehr um einen gesetzlichen Anspruch. Es komme nicht auf ein eventuelles Ruhen der vertraglichen Leistungen an. Auch sieht das Versicherungsvertragsgesetz keine Voraussetzungen vor, um den Anspruch auf einen Tarifwechsel geltend machen zu können. Ganz im Gegenteil wird ausdrücklich klargestellt, dass von dem Tarifwechselrecht nicht zum Nachteil des Versicherten abgewichen werden darf. Das Tarifwechselrecht darf daher nicht von Bedingungen abhängig gemacht werden. Außerdem sei es nicht zielführend, den Versicherten in einem teuren Tarif „festzuhalten“, wenn er sich diese Beiträge nicht leisten kann. Es war daher in beiderseitigem Interesse, die Beitragslast auf ein realistisches Maß durch einen Wechsel in einen Tarif zu reduzieren, den sich der Beschwerdeführer leisten konnte. Der Krankenversicherer folgte dieser Empfehlung und bot dem Beschwerdeführer den gewünschten Tarifwechsel an.

Auszüge der Reden vom Festakt „10 Jahre Omdudsmann“

**Nachstehend sind
Redeauszüge
dokumentiert von:**

v.l.n.r.
Staatssekretär a.D.
Dr. Dr. h.c. Klaus
Theo Schröder †,
Wofgang Zöllner MdB,
Gundi Gadesmann,
Reinhold Schulte



Staatssekretär a.D. Dr. Dr. h.c. Klaus Theo Schröder †
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

„Manch' einer mag sich heute fragen, was hat damals diejenigen bewegt, die den Ombudsmann als eine Schlichtungsstelle der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung eingerichtet haben. Ich persönlich kann das nicht im Einzelnen nachvollziehen. Ich kenne die Gründe nicht, aber ich kann Ursachen benennen: Es sind Unvollkommenheiten. Ökonomisch formuliert: Unvollkommenheiten auf den Märkten auf denen wir agieren.

Im Modell des vollkommenen Wettbewerbs stehen die Verbraucherinnen und Verbraucher stets als Gewinner dar, weil es keine Asymmetrien, keine Präferenzen, volle Transparenz und eine unendliche Anpassungsgeschwindigkeit der Marktteilnehmer gibt. Unter diesen Modellbedingungen erfolgt jederzeit und aller Orten Markträumung mit Nutzenmaximierung zu Gunsten der Verbraucherinnen und Verbraucher. Es hätte nicht unbedingt der neueren Erkenntnisse der Neuroö-

konomik bedurft, um zu sehen, dass es real diese vollkommenen Märkte mit vollständigem Wettbewerb in der Praxis nicht gibt. Da gibt es Machtasymmetrien, Informationsverzerrungen; es gibt Präferenzen und an vollständiger Transparenz fehlt es oft genug. Die Lieblingsfigur der liberalen Modellplatonik, der „homo oeconomicus“ verheddert sich im alltäglichen Leben oft genug im Gestrüpp der Marktunvollkommenheiten und kommt ebenso oft nur zerzaust wieder heraus. Deshalb ist es aus meiner Sicht bedeutend, dass die Private Kranken- und Pflegeversicherung seinerzeit einen Ombudsmann installiert hat. Damit konzediert sie, dass es Probleme gibt und erkennt an, dass die unterschiedlichen Interessen eine Chance auf eine befriedende Konfliktlösung haben müssen, weil ihr ein tragfähiger Konfliktlösungsmechanismus wichtig war und ist.

[...]

Fasst man das Verfahren zusammen, dann zeigt sich eine doppelte Win-Win-Situation:

1. gewinnen Versicherte und Versicherer, wenn es dem Ombudsmann gelingt, eine befriedende Lösung für beide Seiten zu finden und

2. gewinnen die Versicherten doppelt, denn sie können das Ombudsmannverfahren und anschließend immer noch ein gerichtliches Verfahren in Anspruch nehmen.

[...]

Die Schiedsfunktion der Ombudsstelle wird von allen Unternehmen akzeptiert. Auch sie haben erkannt, dass rein juristische Bewertungen „Entweder-oder-Entscheidungen“ sind und oft unbefriedigend ausfallen. Da es in der Krankenversicherung häufiger jedoch auf ein „Sowohl-als auch“ ankommt,

Auszüge der Reden vom Festakt „10 Jahre Ombudsmann“

bietet eine Kompromisslösung oft einen besseren Weg, als eine gerichtliche Auseinandersetzung, um zu einem guten Einvernehmen zwischen den Parteien zurückzukehren.

Noch ausgeprägter ist die Akzeptanz bei den Versicherungsnehmern. Sie sind auch zufrieden, wenn sie einen Teilerfolg erzielen und freuen sich, wenn die rechtlichen Zusammenhänge in verständlicher Sprache erklärt werden.

Der Ombudsmann hat bei seinen Entscheidungen Recht und Gesetz zu beachten. Bei der Prüfung sind der Inhalt des jeweiligen Versicherungsvertrages, das Gesetzesrecht sowie die einschlägige Rechtsprechung maßgeblich. Aber Schlichtung erfordert mehr als Prüfung der Rechtslage. Hier orientiert sich der Ombudsmann an dem Motto „Schlichten statt Richten“. Schlichtung bedeutet auch Prüfung der Umstände des Einzelfalles, um herauszufinden, welche Möglichkeiten bestehen, um eine für die Parteien befriedende Lösung des Konflikts zu finden. Ziel soll es sein, dass die Beteiligten sich wieder annähern, miteinander auskommen und der Rechtsfrieden somit wieder hergestellt wird. In der Schlichtung ist es durchaus möglich, Ergebnisse zu erzielen, die sich vor Gericht anders darstellen würden, weil die Rechtslage an sich eindeutig ist.

[...]

Wenn man nach 10 Jahren eine Zwischenbilanz zieht, dann kann man durchaus allgemeine Ansatzpunkte benennen, die als Anregung aus der Praxis für die Fortentwicklung der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung gesehen werden können. Es erscheint mir außerordentlich wichtig, dass Transparenz über die Versicherungsbedingungen, selbstverständlich und erst Recht zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses hergestellt wird.

Den Versicherern und ihren Vermittlern empfehle ich nachdrücklich offensiv die Details der Privaten Krankenversicherung und der einzelnen Tarife darzulegen.

Den interessierten Neukunden oder auch denjenigen, die Tarifwechsel und ähnliches im Auge haben, empfehle ich: Fragen sie nach, denken sie daran, es gibt keine dummen Fragen; haken sie nach, seien sie gegebenenfalls hartnäckig, um möglichst alle offenen Fragen vor Vertragsabschluss zu klären. Gleichzeitig empfehle ich den Versicherten bzw. den Interessenten, alle möglichen Vorerkrankungen, Beeinträchtigungen, Behandlungen etc. etc. zu benennen, auch wenn sie persönlich glauben es sei alles ausgeheilt oder nicht mehr relevant. Wenn sie das nicht tun, kann es eine böse Überraschung geben bis hin zu Rücktritt bzw. Aufhebung des Versicherungsvertrages und damit zum Verlust der Versicherungsleistungen.

Bei der Leistungsbereitstellung ist auffällig, dass alle Versicherungsunternehmen zunehmend verstärkten Wert auf die Sicherstellung qualitativ hochwertiger ärztlichen und sonstigen Leistungen legen. Ich halte diese Entwicklung für richtig, empfehle Ihnen allerdings gleichzeitig anders zu kommunizieren: In vielen Fällen erleben die Versicherten, die bisher z. B. Nahrungsergänzungsmittel oder Lifestyleartikel erstattet bekommen haben, es als Verlust wenn diese nicht mehr finanziert werden. Erklären sie Ihren Kunden, dass es um eine Verbesserung der Leistungen und nicht um einen und schon gar keinen willkürlichen Ausschluss von Leistungen geht.

Die soziodemografische Entwicklung, die wir alle kennen, schlägt sich natürlich auch im Leistungsaufkommen der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung nieder. Die Anzahl

Auszüge der Reden vom Festakt „10 Jahre Ombudsmann“

der älteren Menschen steigt, da die Lebenserwartung wächst. Gleichzeitig nimmt die Zahl der alleinstehenden älteren Menschen zu. Dies sollten die Versicherer zum Anlass nehmen, über die bestehenden Hilfsmittelkataloge ebenso nachzudenken wie über die häusliche Krankenpflege.

10 Jahre Ombudsmann, d. h. nicht nur tausende von Fällen und Problemlösungen, sondern auch ein offener vertrauensvoller Dialog mit den Versicherungsunternehmen zum Nutzen der Verbraucherinnen und Verbraucher. Dafür danke ich den Unternehmen.

Lassen Sie mich zum Schluss kommen und dabei ein Wort meines Vorgängers aufgreifen. Er hat in seinem letzten Bericht formuliert, dass nach seinen Erfahrungen „...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...“ verstoßen. Ich teile diese Auffassung und unterstreiche an dieser Stelle noch einmal die Schlichtungsfunktion des Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Er bezieht die Umstände ein, versucht die Lebenssituation zu beurteilen und sich ein Gesamtbild auch über die Interessenlage der beteiligten Parteien zu machen. Oder anders formuliert: aus dem „homo oeconomicus“ des Modells wird der konkrete Verbraucher mit seinen realen Lebensbedingungen.

Wenn es den Ombudsmann nicht gäbe, dann müsste er spätestens heute erfunden werden. Würden wir ihn allerdings heute erfinden, dann käme er 10 Jahre zu spät. Das sagt alles, warum es heute einen sehr guten Grund gibt, das 10jährige Bestehen des Ombudsmanns zu feiern.“

Reinhold Schulte

Vorsitzender des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.

„Wir blicken heute auf eine Erfolgsgeschichte zurück. Damals, vor 10 Jahren, das gebe ich gerne zu, bestanden noch Zweifel, ob eine solche Einrichtung überhaupt notwendig sei. Manch einer fragte sich, ob angesichts der vielen bereits existierenden Beschwerdemöglichkeiten eine weitere überhaupt notwendig sei. Schließlich gab und gibt es ja die Verbraucherschutzverbände, das Bundesversicherungsamt bzw. die BaFin, den Patientenbeauftragten und auch die Anlaufstellen bei den Versicherungsunternehmen selbst.

Die Entwicklung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass die Bedenken unbegründet waren. Dem Ombudsmannverfahren kommt mittlerweile sowohl für die Versicherten als auch für die Privaten Krankenversicherer eine große Bedeutung zu. Beide, die Versicherten und die Versicherungsunternehmen, haben die Institution des Ombudsmanns angenommen. Neben seiner eigentlichen Tätigkeit, Herr Schröder hat darüber gesprochen, ist der Ombudsmann auch ein guter Gradmesser für die Kundenzufriedenheit der Privatversicherten geworden.

Die Institution des Ombudsmanns wurde 2001 als neutrale Schlichtungsstelle für Unstimmigkeiten zwischen Versicherten und Versicherungsunternehmen eingeführt. Mit zunehmendem Bekanntheitsgrad dieser Beschwerdestelle steigt dort natürlich die Zahl der Anfragen. Gab es im ersten Geschäftsjahr gut 2.000 schriftliche Eingaben, so sind es zurzeit rund 6.000 pro Jahr. Bezogen auf die insgesamt rund 30 Millionen PKV-Verträge in der Voll- und Zusatzversicherung sowie nochmals etwa 10 Millionen Verträge in der Privaten Pflege-

Auszüge der Reden vom Festakt „10 Jahre Ombudsmann“

geversicherung ist das jedoch eine erfreulich niedrige Beschwerde-Quote von gerade einmal 0,015 Prozent. Davon bezieht sich rund die Hälfte, also nur 0,0075 Prozent, auf umstrittene Leistungsfälle, in denen also zu klären ist, ob eine bestimmte Leistung durch den abgeschlossenen Versicherungsvertrag abgedeckt ist oder nicht.

Angesichts der Tatsache, dass die Deutschen im Schnitt etwa 18 Mal im Jahr zum Arzt gehen, kommen alleine schon bei den rund 9 Millionen PKV-Vollversicherten weit über 100 Millionen Abrechnungsfälle im Jahr zusammen. Bei einem solchen Massengeschäft sind Missverständnisse und Meinungsverschiedenheiten in Einzelfällen unvermeidlich. Sie liegen jedoch in der Privaten Krankenversicherung im Promillebereich. Gelegentliche Medienberichte, die diese Quote im Vergleich mit anderen Versicherungsbranchen als relativ hoch bewerten, sind irreführend. Wer allen Ernstes eine Feuerversicherung, die praktisch so gut wie nie in Anspruch genommen wird, oder eine Autoversicherung, die nur alle paar Jahre oder Jahrzehnte einmal einen Schadensfall regulieren muss, mit einer Krankenversicherung vergleicht, die den einzelnen Kunden Jahr für Jahr mehrere Rechnungen erstattet, der vergleicht nicht Äpfel mit Birnen, sondern Melonen mit Weintrauben.

Die extrem geringen Beschwerdezahlen sind vielmehr Ausweis einer Kundenzufriedenheit, von der andere Branchen nur träumen können.

[...]

Es ist Ihr Verdienst, sehr verehrter Herr Surminski, die Stelle des Ombudsmanns in den ersten sechs Jahren konsequent aufgebaut und zielsicher etabliert zu haben. Ab 2007 haben

Sie, sehr verehrter Herr Müller, diese Arbeit mit Ihrer ganzen Erfahrung, die Sie als ehemaliger Präsident des Bundesversicherungsamtes mitgebracht haben, sehr engagiert und erfolgreich fortgesetzt. Arno Surminski und Dr. Helmut Müller haben die Interessen der Versicherten und Versicherer stets berücksichtigt und beide Parteien jeweils zu einem fairen Interessenausgleich gebracht. Sie haben auch durch Ihre „formalen Empfehlungen“ Impulse in die Branche gegeben, um Grundsatzfragen zu klären. Dadurch haben Sie maßgeblich dazu beigetragen, dass die Institution des Ombudsmanns sich hohes Ansehen und großes Vertrauen bei allen Beteiligten erworben hat.

[...]

Und diese Arbeit wird fortgesetzt. Seit dem 1. Januar 2011 tragen Sie, sehr verehrter Herr Schröder, die Verantwortung.

Dr. Klaus Theo Schröder ist ein ausgewiesener Gesundheitsexperte. Er verfügt über fast 25 Jahre Erfahrung in der Gesundheits- und Sozialpolitik, unter anderem von 2001 bis 2009 als beamteter Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit. Sehr geehrter Herr Schröder, wir sind sehr froh, dass Sie diese verantwortungsvolle Aufgabe übernommen haben und damit die PKV stärken und weiter voran bringen werden.

In Ihren einleitenden Worten haben Sie uns bereits Hinweise gegeben, in welche Richtung Sie gehen wollen. Ich finde das gut. Die Zeiten wandeln sich und wir sind dankbar für neue Anregungen. Anregungen, die ja übrigens auch vom Patientenbeauftragten der Bundesregierung und mit dem grenzüberschreitenden europäischen Gesundheitsmarkt künftig wohl auch vom EU-Ombudsmann vorgetragen werden. Ich darf Ihnen versichern, die Branche wird Ihre Empfehlungen

Auszüge der Reden vom Festakt „10 Jahre Omudsmann“

mit großer Ernsthaftigkeit prüfen und zum Wohle der Versicherten aufgreifen.
Vielen Dank.“

Wolfgang Zöller MdB

Patientenbeauftragter der Bundesregierung

„Vor nunmehr 10 Jahren wurde der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung als unabhängige Schlichtungsstelle gegründet. Für Patientinnen und Patienten war dies ein wichtiger Schritt. Denn seitdem können sie in einer Auseinandersetzung mit ihrer Privaten Krankenversicherung eine kostenlose und unabhängige Stelle anrufen. Aus meinem Amt als Patientenbeauftragter weiß ich, wie wichtig eine solche Möglichkeit der kostenlosen und unabhängigen Schlichtung für Patientinnen und Patienten ist. Die Bedeutung des PKV-Ombudsmanns zeigt sich nicht zuletzt in der kontinuierlich steigenden Zahl der Beschwerden: so haben im vergangenen Jahr 6.000 Versicherte dem PKV-Ombudsmann ihr Anliegen vorgetragen.

Mit Dr. Klaus Theo Schröder wird das Amt des PKV-Ombudsmanns zudem seit Anfang des Jahres von einem ausgewiesenen Experten des Gesundheitssystems ausgeübt. Dr. Klaus Theo Schröder war zuletzt über lange Jahre als Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit tätig. Die Sorgen und Nöte der Patientinnen und Patienten – aber auch die Mechanismen des Gesundheitssystems sind ihm daher bestens bekannt. Ich habe Dr. Klaus Theo Schröder in all der Zeit immer als souverän der Sache dienenden Vermittler kennen gelernt. So war er etwa in Streitfragen der elektronischen Gesundheitskarte immer wieder als Schlichter tätig.

Ich habe mich deshalb sehr über seine Berufung zum PKV-Ombudsmann gefreut!

Die an den PKV-Ombudsmann ebenso wie die an mich gerichteten Anliegen der Patientinnen und Patienten zeigen aber auch, dass es ein zunehmendes Bedürfnis an neutraler Information und Beratung gibt. Für Patientinnen und Patienten ist es daher ein wichtiger Schritt, dass seit dem 1. Januar 2011 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Einrichtungen der unabhängigen Patientenberatung dauerhaft zu fördern hat. Und, auch das möchte ich hier herausstellen: die PKV ist durch ein Angebot für Ratsuchende mit Migrationshintergrund in die Unabhängige Patientenberatung eingebunden. Damit sind verlässliche und kostenfreie Informations- und Beratungsangebote für Patientinnen, Patienten und Versicherte bereitgestellt.

Zukünftig wird mir die Unabhängige Patientenberatung Deutschland außerdem über die ihr vorgetragenen Beschwerden berichten. Mit diesen Informationen können wir eventuellen Handlungsbedarf bald noch besser erkennen und darauf reagieren – mit Maßnahmen wie aktuell dem Patientenrechtegesetz.

[...]

Das Patientenrechtegesetz wird die dringend benötigte Transparenz über die Rechte der Patientinnen und Patienten herstellen und vor allem auch die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte verbessern. Gleichzeitig macht das Patientenrechtegesetz die Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten sicherer. Risiko- und Fehlervermeidungssysteme werden dazu beitragen, die Behandlungsabläufe in immer komplexer werdenden medizinischen Prozessen zu op-

Auszüge der Reden vom Festakt „10 Jahre Ombudsmann“

timieren. Unser Ziel ist es, mit dem Patientenrechtegesetz das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient auf Augenhöhe wiederherzustellen.

[...]

Zu den für mich sehr wichtigen Punkten des Patientenrechtegesetzes gehört auch die Stärkung der Patientenbeteiligung. Bereits jetzt sind Patientinnen und Patienten an bestimmten, sie betreffenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie weiterer Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung zu beteiligen.

[...]

Wenn wir dafür sorgen wollen, dass die Menschen auch in Zukunft die bestmögliche Versorgung erhalten, müssen wir aber auch die Frage stellen, wie erhalten Patienten ganz konkret Zugang zur Versorgung? Dazu müssen wir an erster Stelle flächendeckend die ärztliche Versorgung sicherstellen. In den großen Städten ist das kein Problem. Da gibt es oft genug sogar mehr Ärzte als notwendig. Wir haben jedoch auch eine Reihe von ländlicheren Gebieten, in denen sich nur schwer Ärzte finden lassen, die sich dort niederlassen wollen. Das ist ein Problem, das wir mit dem Versorgungsgesetz angehen wollen. Das heißt zum einen, dass wir die Versorgungsplanung so gestalten müssen, dass sie dem Bedarf der Menschen gerecht wird. Es kann nicht sein, dass durch die Überversorgung in einer Stadt die Unterversorgung in den angrenzenden Gebieten verschleiert wird. Da müssen wir die Bezirke kleiner, flexibler gestalten, um passgenau reagieren zu können. Wir müssen aber auch an den Ursachen arbeiten. Das heißt zum Beispiel, dass die Verlegung eines Vertragsarztsitzes nur noch möglich sein soll, wenn Versorgungsaspekte nicht entgegen stehen. Zusätzlich wollen wir die Tätigkeit der Ärzte auf dem Land attraktiver gestalten. Deshalb

werden z. B. Ärzte, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, von der Abstufung der Honorare ausgenommen. Und auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein Thema. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz bringen wir diese notwendigen Maßnahmen auf den Weg.“

Gundi Gadesmann

Beauftragte für Medien und Außenbeziehungen des Europäischen Ombudsmannes

„Verspätete Zahlungen für EU-Projekte, Probleme bei Ausschreibungen oder die Weigerung einer EU-Institution, Dokumente oder Informationen herauszugeben – der Europäische Ombudsmann erhält jedes Jahr mehr als 3000 Beschwerden über die EU-Verwaltung. Alle Bürger und Einwohner eines EU-Mitgliedstaates können sich beim Ombudsmann beschweren, genauso wie Unternehmen, Verbände, Nicht-Regierungs-Organisationen, Interessensgruppen, Regionalbüros, Universitäten oder ähnliche Einrichtungen, die Probleme mit einer EU-Behörde haben.

Beschwerden können in allen 23 Amtssprachen eingereicht werden, am einfachsten mit Hilfe des elektronischen Beschwerdeformulars auf der Website des Ombudsmannes: www.ombudsman.europa.eu. Auf der Website befindet sich auch ein elektronischer Leitfaden, der Ratsuchende zur zuständigen Beschwerdestelle führt. Der Europäische Bürgerbeauftragte bietet Betroffenen schnelle, flexible und kostenlose Dienste. Manchmal reicht ein Anruf bei der betroffenen EU-Institution, um ein Problem zu lösen. Ein anderer Vorteil des Ombudsmannes ist die Möglichkeit, einvernehmliche Lösungen vorzuschlagen, die beide Seiten zufrieden stellen

Auszüge der Reden vom Festakt „10 Jahre Ombudsmann“

sollen. Die Entscheidungen des Ombudsmannes sind allerdings rechtlich nicht bindend, was zählt ist seine Überzeugungskraft.

In rund 80% aller Beschwerdefälle kann der Ombudsmann weiterhelfen, durch das Einleiten einer Untersuchung, die Überweisung eines Falles an die zuständige Behörde oder durch Rat, an wen sich Beschwerdeführer sonst wenden können. Im vergangenen Jahr kamen die meisten Beschwerden aus Deutschland, gefolgt von Spanien, Polen und Belgien. Gemessen an der Bevölkerungsstärke eines Landes, wurden jedoch die meisten Beschwerden aus Luxemburg, Zypern und wiederum Belgien eingereicht.

Mehr als ein Drittel der eingeleiteten Untersuchungen betrifft jedes Jahr mangelnde Transparenz in den EU-Behörden. Dazu gehören Beschwerden über verweigerte Dokumente oder Treffen hinter verschlossenen Türen. Aber auch Vertragsstreitigkeiten bei EU-Projekten, Verfahrensfehler, Diskriminierung oder Machtmissbrauch sind wiederkehrende Themen in den Beschwerden.

Ein Beispiel: Im April 2010 empfahl der Ombudsmann der Europäischen Arzneimittel-Agentur in London, Berichte über mögliche Nebenwirkungen eines Medikaments zur Behandlung von schwerer Akne freizugeben. Der Beschwerdeführer, ein irischer Bürger, hatte diese Berichte angefordert. Sein Sohn hatte Selbstmord begangen, nachdem er das Medikament genommen hatte. Die Agentur verweigerte den Zugang zunächst mit der Begründung, EU-Transparenzregeln gälten nicht für diese Berichte. Der Ombudsmann war damit nicht einverstanden. Im August 2010 akzeptierte die Arzneimittel-Agentur seine Empfehlung und kündigte die Freigabe der Berichte an.

Mehr als die Hälfte der eingeleiteten Untersuchungen betrafen im vergangenen Jahr die Europäische Kommission. Das ist nicht weiter verwunderlich, weil die Kommission den größten Teil der EU-Verwaltung ausmacht. Es folgten das Europäische Amt für Personalauswahl, das Europäische Parlament und der Ministerrat.

[...]

Im vergangenen Jahr erhielt der Europäische Ombudsmann insgesamt 375 Beschwerden aus Deutschland, in 53 Fällen wurde eine Untersuchung eingeleitet. Ein Jahr zuvor (2009) waren es nur 39 eröffnete Untersuchungen. Mehr und mehr deutsche Bürger, Unternehmen, Verbände und andere Organisationen sind offensichtlich über die Arbeit des Ombudsmannes informiert und reichen zulässige Beschwerden ein.

In den vergangenen Jahren konnte der Ombudsmann zum Beispiel deutschen Städten und Gemeinden, Universitäten, Unternehmen oder anderen an EU-Projekten beteiligten Organisationen helfen, wenn sie Probleme mit verspäteten Zahlungen oder anderen Vertragsstreitigkeiten hatten.“

**Die bisherigen
Ombudsleute:**
v.l.n.r.
Staatssekretär a.D.
Dr. Dr. h.c. Klaus
Theo Schröder †,
Dr. Helmut Müller,
Arno Surminski



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

Theodor-Heuss-Str. 96, 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
Theodor-Heuss-Str. 96, 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 82 01 73,
81801 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

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

Continental 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.

Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg
Tel.: (040) 4124-7969
Fax: (040) 4124-7678
www.deutscherring-kranken.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

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 Krankenversicherung AG

Karl-Martell-Straße 60, 90344 Nürnberg
Tel.: (0911) 1 48-01
Fax: (0911) 1 48-17 00
www.ergodirekt.de
info@ergodirekt.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

Gothaer Krankenversicherung AG

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

HALLESCHE 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

Mitgliedsunternehmen

HanseMerkur Speziale

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

Bahnhofplatz, 96450 Coburg
Postanschrift: 96444 Coburg
Tel.: (09561) 96-0
Fax: (09561) 96-36 36
www.huk.de
info@huk-coburg.de

INTER Krankenversicherung aG

Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim
Postanschrift: 68120 Mannheim
Tel.: (0621) 4 27-0
Fax: (0621) 4 27-9 44
hwww.inter.de
info@inter.de

Kranken- und Sterbekasse „Mathilde“ Hainstadt VVaG

Ernst-Ludwig-Straße 5, 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 95-201
Fax: (0941) 40 95-209
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: 30619 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 im Raum der Kirchen

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

Raiffeisenstraße 1, 65189 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 35-75 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 22-20
www.sonoag.de
info@sonoag.de

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

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

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

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

Union Krankenversicherung Aktiengesellschaft

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

Mitgliedsunternehmen

uniVersa Krankenversicherung a.G.

Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg
Postanschrift: 90333 Nürnberg
Tel.: (0911) 53 07-0
Fax: (0911) 53 07-16 76
www.universa.de
info@universa.de

vigo Krankenversicherung VVaG

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.vigo-krankenversicherung.de
service@vigo-krankenversicherung.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 Mitgliedsunternehmen:

CSS Versicherung AG

Pflugstrasse 20, LI-9490 Vaduz
Tel.: (00423) 375 02 77
Fax: (00423) 375 02 78
www.cssversicherung.com
info@cssversicherung.com

DFV Deutsche Familienversicherung AG

Beethovenstraße 71, 60325 Frankfurt/Main
Tel.: (01805) 768 555
Fax: (069) 743046 46
www.dfv.ag
service@dfv.ag

Janitos Versicherung AG

Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg
Tel.: (06221) 709 1000
Fax: (06221) 709 1001
www.janitos.de
info@janitos.de

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

WGV-Versicherung AG

Tübinger Straße 55, 70178 Stuttgart
Postanschrift: 70164 Stuttgart
Tel.: (0711) 16 95-15 00
Fax: (0711) 16 95-83 60
www.wgv.de
kundenservice@wgv.de

Verbundene Einrichtungen:

Krankenversorgung der Bundesbahn- beamten

Salvador-Allende-Straße 7,
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 Einrichtung außerhalb des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.:

Krankenversorgung der Europäischen Zentralbank Administration

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: Februar 2012

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 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 Fi- nanzdienstleistungen

[http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/
index_de.htm](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 Ombudsmannsstelle 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. Über Ausnahmen im Einzelfall entscheidet der Vorstand des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. im Einvernehmen mit dem Ombudsmann.

(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) als Schlichter 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 (Mahn-)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 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 Streitfalle 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 schriftlicher Beschwerde gegenüber dem Krankenversicherungsunternehmen oder dem Versicherungsvermittler bzw. Versicherungsberater (Beschwerdegegner) dem Ombudsmann schriftlich vorgelegt werden. Ist seit Einreichung der Beschwerde bei dem Beschwerdegegner eine Frist von sechs Wochen ohne Entscheidung vergangen, oder erscheint die vorherige Beschwerde 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.

(2) Der Beschwerdeführer kann sich zu jedem Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens von einem Bevollmächtigten vertreten lassen; die ordnungsgemäße Bevollmächtigung ist auf Verlangen nachzuweisen.

(3) Die Behandlung von Beschwerden durch den Ombudsmann ist für die Beteiligten kostenlos. Kosten und Auslagen, die den Parteien im Rahmen des Beschwerdeverfahrens, z. B. durch Beauftragung eines Bevollmächtigten 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 der Handlung oder Entscheidung des Beschwerdegegners, die Gegenstand der Beschwerde ist. Die Frist wird durch Einlegung einer vorherigen schriftlichen Beschwerde bei dem Beschwerdegegner bis zur Entscheidung des Beschwerdegegners, höchstens jedoch für sechs Wochen, gehemmt.

(2) Die Verjährung eines Anspruches ist i.Ü. vom Beginn des Tages, an dem die Beschwerde bei dem Ombudsmann eingeht bis zum Ende des Tages, an dem dem Beschwerdeführer die Mitteilung über die Beendigung des Beschwerdeverfahrens zugeht, gehemmt. Hierauf soll der Ombudsmann zu Beginn des Beschwerdeverfahrens schriftlich hinweisen.

§ 6 Verfahrensgrundsätze

Das Ombudsmannverfahren ist grundsätzlich ein schriftliches Verfahren. 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. Hält der Ombudsmann die Beschwerde für begründet oder unterbreitet er den Parteien einen Schlichtungsvorschlag, ergeht eine Empfehlung. Kommt zwischen den Parteien keine gütliche Einigung zustande, hält der Ombudsmann die Beschwerde jedoch für begründet, entscheidet er durch förmliche Empfehlung, von der er die Beteiligten unverzüglich in Kenntnis setzt. Hält der Ombudsmann eine Beschwerde für unbegründet, teilt er dies den Beteiligten durch eine das Verfahren abschließende Stellungnahme mit.

(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 unzulässig oder offensichtlich unbegründet ist und aus diesem Grund keiner weiteren Behandlung bedarf. In diesem Fall teilt er diese Entscheidung den Beteiligten mit.

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

