

OMBUDSMANN

Private Kranken- und Pflegeversicherung

TÄTIGKEITSBERICHT

2009

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines 4

- Beschwerdezahlen 4
- Gesetzesänderungen 4
- Versicherungsvermittler / -berater 6
- Sitz 7
- Erreichbarkeit 8
- Verfahren 8
- Verfahrensdauer 9
- FIN-NET 10

Tätigkeitsschwerpunkte 11

- Medizinische Notwendigkeit von Heilbehandlungen 12
- Gebührenstreitigkeiten 13
- Arznei-, Heil- und Hilfsmittel 14
- Allg. Versicherungsbedingungen (AVB) 15
- Modifiziertes Rücktrittsrecht durch die VVG-Reform 15
- Beitragsanpassungen und Beitragshöhe 18
- Zahnbehandlung und Zahnersatz 18
 - Material- und Laborkosten 18
 - Heil- und Kostenplan 19
 - Versicherungsfall vor Versicherungsbeginn 20
- Basistarif 21
- Beratungs- und Informationspflichten 24
- Mehrfachversicherungen 26
- Krankentagegeld 28
- Gemischte Anstalten 29
- Behandlungen im europäischen Ausland 30
- Sonstiges 31

Beschwerdezahlen 32

Schlichtungserfolge 37

- Erfolgsquote 38
- Förmliche Empfehlungen 39

Fälle aus der Ombudsmannpraxis 41

- Anwartschaftsversicherung 41
- Spezialdiagnostik 42
- Unterbringungskosten für Neugeborenes 43
- Verspätete Chefarztbehandlung 44
- Zurückweisung einer Kündigung durch das Versicherungsunternehmen 45
- Rücktritt und Zusatzversicherung 46
- Unterbringung im Zweibettzimmer 47
- Unterschiedliche Selbstbehalte 48

Liste der Mitgliedsunternehmen 50

Statut 56

Der Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine sowohl von der Versicherungswirtschaft als auch von den Verbrauchern anerkannte unabhängige Schlichtungsstelle für Streitigkeiten im Zusammenhang mit Versicherungsverträgen. Seit seiner Einrichtung im Oktober 2001 hat er durch seine Empfehlungen zu mehr Transparenz und Verständnis auf beiden Seiten beigetragen. Der Ombudsmann blickt auf ein ereignisreiches Jahr 2009 zurück.

Beschwerdezahlen Die Zahl der im Jahr 2009 beim Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung eingegangenen Beschwerden, Anfragen und Bitten um Schlichtung haben gegenüber dem Vorjahr erneut spürbar zugenommen, und zwar um etwa 15 Prozent auf rund 5000 Beschwerden. Oft wird nach dem Grund dieses Anstiegs gefragt. Es wird dann gemutmaßt, dass das Verhalten der Versicherer, etwa eine zögerlichere oder strengere Regulierung, der Grund sein könnte. Der Ombudsmann kann das nicht bestätigen. Anhand der Zahlen, die dem Ombudsmann vorliegen, können keine zuverlässigen statistischen Aussagen getroffen werden. Bezogen auf die insgesamt rund 30 Millionen PKV-Verträge in der Voll- und Zusatzversicherung ist die Beschwerdequote nach wie vor erfreulich niedrig, nämlich weit unter einem Prozent.

Gesetzesänderungen Die Versicherungsbranche und damit auch der Ombudsmann sah sich im Jahr 2009 einer Vielzahl gesetzlicher Änderungen durch die Reform des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) und das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WStG) gegenüber. Auch hier darf nicht übersehen werden, dass die

Zahl der Beschwerden an den Ombudsmann im Verhältnis zu den in Deutschland auf dem Gebiet der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung insgesamt abgeschlossenen Verträgen minimal ist. Ein repräsentatives Bild über die Sorgen oder die Zufriedenheit der Versicherungskunden können die Beschwerden daher kaum geben, höchstens ein subjektives Empfinden des Ombudsmanns.

Ein wichtiger Schwerpunkt der Neufassung des VVG ist die Verbesserung der Beratung und Information der Versicherten. Ziel des Gesetzgebers war es, den Schutz der Versicherten in diesen Punkten auszubauen. Er hat die Versicherer und ihre Vermittler angewiesen, die Versicherten vor Abschluss des Vertrags nach ihren Wünschen und Bedürfnissen zu fragen, sie dann zu beraten und das Ergebnis zu dokumentieren. Ferner haben sie den Versicherten eine Fülle von Informationsmaterial auszuhändigen. Das alles nutzt aber wenig, wenn der Versicherte das Beratungsprotokoll durch Unterschrift als richtig anerkennt, ohne es vorher zu lesen. Dasselbe gilt für die Informationen einschließlich der AVB und des Produktinformationsblatts. Auch die während der Laufzeit des Vertrags vom Versicherer auszuhändigenden Unterlagen und Informationen werden häufig zu spät zur Kenntnis genommen. Ein ähnliches Problem ergibt sich auch für die dem Versicherungsnehmer obliegenden Anzeigepflichten – vor allem zu den Gesundheitsfragen. Hier stimmen die Antworten im Antragsformular häufig nicht mit der Realität überein, was sich dann erst später, für den Versicherten häufig zu spät, herausstellt.

Der Gesetzgeber hat mit der Neufassung des VVG eine Menge für den Schutz der versicherten Verbraucher getan. Alle am Wohl des Versicherungswesens Interessierten müssen jetzt noch mehr Anstrengungen unternehmen, um das Gesetz mit Leben zu erfüllen, d. h. vor allem muss der Verbraucher dazu gebracht werden, sich besser zu unterrichten und die Unterlagen, die ihm überreicht wurden, auch rechtzeitig zu lesen. Dass diese Unterlagen noch besser, vor allem lesbarer und verständlicher verfasst werden sollten, ist ein Anliegen des Ombudsmanns. Auch daran sollten Versicherer, Vermittler und Verbraucherschützer arbeiten, und zwar möglichst gemeinsam.

Mit der Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht für alle Personen mit Sitz im Inland durch das am 01.01.2009 in Kraft getretene GKV-WSG ergaben sich für die private Krankenversicherung einschneidende Änderungen. So wurde ein brancheneinheitlicher Basistarif eingeführt, der Personen eine Grundversicherung bietet, die bisher nicht versichert waren oder ihren Versicherungsschutz verloren hatten, aber dem Privatversicherungssektor zuzuordnen waren. Insgesamt kann aber gesagt werden, dass den Ombudsmann im Zusammenhang mit dem GKV-WSG weniger Anfragen und Beschwerden erreicht haben als ursprünglich befürchtet.

Versicherungs- vermittler / -berater

Probleme mit Versicherungsvermittlern und Versicherungsberatern bilden weiterhin keinen Schwerpunkt der Ombudsmann Tätigkeit. Über Versicherungsberater ist nicht eine Beschwerde im vergangenen Jahr eingegangen. Beschwerden über Versicherungsvertreter, vor allem wegen behaupteter

Falschberatung, kommen häufiger vor, können aber problemlos bearbeitet werden, weil für ein entsprechendes Fehlverhalten das Versicherungsunternehmen einsteht. Meistens ist die Lage allerdings so, dass die Aussagen des Beschwerdeführers und die des Vertreters nicht übereinstimmen. Der Ombudsmann kann insbesondere dann dem Beschwerdeführer nicht helfen, wenn dieser im Beratungsprotokoll oder im Versicherungsantrag die Aussage des Vertreters stützt.

Schwierigkeiten ergeben sich leider weiterhin im Beschwerdeverfahren mit einigen wenigen Versicherungsmaklern, die die Zusammenarbeit mit dem Ombudsmann schlicht verweigern. Sie beantworten weder die Bitten um Stellungnahmen, noch sind sie sonst kooperativ. Der Ombudsmann kann zwar in solchen Fällen unterstellen, dass das Vorbringen des Beschwerdeführers richtig ist, durch Schlichtung helfen kann er jedoch nicht. Denn der Versicherer ist, da der Makler Sachwalter des Kunden ist, nicht für Fehler des Maklers verantwortlich. Der Versicherte kann allenfalls versuchen, gerichtlich gegen den Makler vorzugehen; gerade das aber sollte durch das Schlichtungsverfahren möglichst vermieden werden.

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

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

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

- Wenn der Ombudsmann der Beschwerde aus Rechtsgründen nicht abhelfen kann, erklärt er dem Beschwerdeführer, dass und warum die Entscheidung seines Versicherers nicht zu beanstanden ist.
- Erkennt das Versicherungsunternehmen den Anspruch des Beschwerdeführers ganz oder teilweise an, übermittelt der Ombudsmann dieses Ergebnis dem Beschwerdeführer und schließt das Verfahren ab.

- Zur gütlichen Streitbeilegung kann der Ombudsmann dem Unternehmen unabhängig von der Rechtslage einen Kompromiss vorschlagen. Folgt der Versicherer dem Vorschlag, leitet der Ombudsmann ihn an den Beschwerdeführer weiter und empfiehlt seine Annahme.

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

Verfahrensdauer Durch die deutliche personelle Verstärkung auf inzwischen sieben juristische Mitarbeiter ist es gelungen, die seit Jahren herrschenden Bearbeitungs-Rückstände weitgehend zu beseitigen. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Eingaben lag 2009 noch bei etwa 26 Wochen, zeitweise mussten Beschwerdeführer auch rund ein Jahr auf eine abschließende Bearbeitung warten. Eilige Fälle, etwa solche, bei denen Personen ihren Versicherungsschutz verloren hatten, wurden jedoch sofort bearbeitet. Das Problem der insgesamt untragbar langen Bearbeitungszeiten hatte die Ombudsstelle seit Jahren begleitet, doch in der zweiten Jahreshälfte 2009 verbesserte sich die Personalsituation.

FIN-NET Der Ombudsman ist Mitglied im sogenannten FIN-NET. Das FIN-NET ist ein grenzüberschreitendes außergerichtliches Beschwerdenetzwerk der Europäischen Kommission in Finanzdienstangelegenheiten. Es ermöglicht den Mitgliedern, Beschwerden unbürokratisch an die zuständige nationale Schlichtungsstelle weiterzuleiten. Das FIN-NET wird immer dann eingeschaltet, wenn sich die Beschwerden gegen europäische Versicherer wenden, die nicht Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sind und ebenfalls dem FIN-NET angeschlossen sind. Weitere Informationen zum FIN-NET sind im Internet unter der Adresse http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_de.htm zu finden. Durch die Zusammenarbeit der Schiedsstellen unter dem Dach von FIN-NET erhalten die Verbraucher Zugang zu außergerichtlichen Schiedsverfahren in grenzüberschreitenden Streitfällen. Ist ein Verbraucher in einem Land in Streitigkeiten mit einem Finanzdienstleister in einem anderen Land verwickelt, stellen die FIN-NET-Mitglieder für ihn den Kontakt zur zuständigen außergerichtlichen Schiedsstelle her und geben ihm die erforderlichen Informationen.

Wie schon in den vergangenen Jahren bilden Fragen der medizinischen Notwendigkeit, Gebührenstreitigkeiten, die Erstattung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Rücktritts- und Kündigungsprobleme sowie Beschwerden über die Beitragshöhe die Schwerpunkte der Ombudsmann-tätigkeit. Zunehmend betreffen die Beschwerden auch die Auslegung und Anwendung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Der Ombudsman beobachtet – wie auch schon in den vergangenen Jahren – eine Tendenz, Versicherer über das medizinisch Notwendige hinaus für die private Lebensgestaltung in Anspruch zu nehmen. So werden die Einnahme von Arzneimitteln als Dauerzustand, ebenso ständige physiotherapeutische Sitzungen immer mehr als Teil der allgemeinen Lebensführung angesehen. Wunschbehandlungen im Krankenhaus nehmen zu, obwohl ambulante Behandlungen ausreichen würden.

Der boomende Gesundheitsmarkt jenseits des medizinisch Notwendigen (Wellness und Rehabilitation, Kuren, alternative Medizin, Kosmetik und Nahrungsergänzungsmittel) führt zunehmend zu Abgrenzungsschwierigkeiten. Leider gibt es auch das Bemühen einiger Behandler, ihre Patienten zu umfangreicher Dauerbehandlung anzuhalten (Mengenausweitung), wodurch dieser Trend noch verstärkt wird. Da die Versicherten damit Leistungen teilweise nicht erhalten, von denen sie meinen, dass sie ihnen zustehen, führt dies zwangsläufig zu einer höheren Anzahl an Konflikten zwischen Versicherer und Versicherungsnehmern einerseits und zwischen Patienten und Ärzten bzw. Zahnärzten andererseits. Im Folgenden sollen die Schwerpunkte der Ombudsmann-tätigkeit dargestellt sowie die Rechtslage im Zusammen-

Tätigkeitsschwerpunkte

hang mit den Gesetzesänderungen erläutert werden. Zudem wird – anders als in den vorangegangenen Jahresberichten – auch verstärkt auf einzelne wiederkehrende Themenkomplexe eingegangen.

Medizinische Notwendigkeit von Heilbehandlungen

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

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

Auch die Frage, ob eine Erkrankung stationär oder ambulant zu behandeln ist, muss anhand der medizinischen Notwendigkeit beurteilt werden. Die Versicherer lehnen zu Recht die

Kostenübernahme für eine teurere stationäre Behandlung ab, wenn eine ambulante Behandlung ausreichen würde.

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

Gebührenstreitigkeiten

Nach wie vor zahlreich sind die Auseinandersetzungen über die richtige Auslegung der Gebührenordnungen der Ärzte und Zahnärzte (GOÄ und GOZ). Die veralteten Gebührenordnungen bilden aufgrund des rasanten medizinischen Fortschritts längst nicht mehr den aktuellen Stand der Medizin ab. Die Interessen der Ärzte und der Versicherer sind hier naturgemäß gegenläufig. Gebührenstreitigkeiten sind ein besonders unerfreulicher Teil der Ombudsmantätigkeit, da die Gebührenordnungen komplex sind und Gerichtsentscheidungen, wenn sie denn vorliegen, sehr unterschiedlich ausfallen. Der Ombudsmann spricht sich daher nachhaltig dafür aus, das Gebührenrecht zu reformieren und an die geänderten medizinischen Ansprüche anzupassen, damit Streitpunkte über die richtige Auslegung ausgeräumt werden.

Die zahlreichen Auseinandersetzungen belasten die Atmosphäre zwischen Versicherern und Versicherungsnehmern, aber auch zwischen Ärzten, Zahnärzten und den Versicherten. Der Ombudsmann tritt dafür ein, dass die Versicherer ihre Kunden aus dem Gebührenkonflikt so weit wie möglich

Tätigkeitsschwerpunkte

heraus halten, indem sie nach Vollmachtserteilung oder Abtretungserklärung die Verhandlungen mit den Behandlern selbst führen und gegebenenfalls auch das Prozesskostenrisiko tragen.

Auch im Bereich der Physiotherapie kommt es häufig zu Streitigkeiten über die Vergütungshöhe, weil es keine amtlichen Gebührenordnungen für Physiotherapeuten gibt. Die Versicherer orientieren sich oft an den Beihilfesätzen, die über den Sätzen der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Die Beschwerden an den Ombudsmann konzentrieren sich in der Regel auf die Frage, ob Privatversicherer für physiotherapeutische Maßnahmen höhere Vergütungen als die Beihilfe erstatten müssen. Eine höchstrichterliche Entscheidung zu dieser Problematik liegt bislang nicht vor. Auch hier wären verbindliche Gebührenordnungen hilfreich, um Streitigkeiten zu vermeiden.

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

In diesem Bereich entstehen die Auseinandersetzungen um viele noch nicht ausreichend erprobte Mittel und Verfahren, die von den Krankenversicherern nicht bezahlt werden. Auch die Abgrenzung zwischen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln sowie die Erstattungsfähigkeit kosmetischer Präparate spielt in der Ombudsmannpraxis eine große Rolle. Ständiges Thema bei den Ombudsmannbeschwerden hinsichtlich der Hilfsmittel ist der Umstand, dass die Leistung in der Regel auf bestimmte, in den Tarifen abschließend aufgeführte Gegenstände beschränkt ist und die Kosten für neue, in der Liste nicht genannte Hilfsmittel ausgeschlossen sind und daher nicht erstattet werden (so genannte geschlossene Hilfsmittel-Kataloge).

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Zunehmend betreffen die Beschwerden auch die Auslegung und Anwendung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Hierzu gehören die Musterbedingungen, die allen Versicherungsverträgen zu Grunde liegen, ebenso wie die einzelnen, verschieden gestalteten Tarifbedingungen.

Die Zufriedenheit der Kunden ist für die Versicherer – ebenso wie für den Ombudsmann – natürlich das Ziel in einer langfristigen Vertragsbeziehung. Die dadurch mögliche Kundenbindung ist im Wettbewerb der Unternehmen ein nicht zu unterschätzender Faktor. Beides kann nur erreicht werden, wenn die Vertragsbeziehung für den Verbraucher transparent ist. Auch dieses Ziel kann der Ombudsmann unterstützen. Oft gelingt es dem Ombudsmann, anlässlich der Meinungsverschiedenheit dem Kunden erstmals die genauen Leistungen des Versicherers, also den Umfang des erworbenen Versicherungsschutzes, zu verdeutlichen und für den Laien verständlich darzustellen.

Modifiziertes Rücktrittsrecht durch die VVG-Reform

Seit jeher spielt das Problemfeld der Beendigung des Versicherungsvertrages durch das Versicherungsunternehmen wegen einer Anzeigepflichtverletzung bei Vertragsabschluss eine große Rolle. Allerdings ist insoweit aufgrund der Reform des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine Verschiebung bei den Beschwerdeschwerpunkten zu beobachten: Nach der alten Fassung des VVG konnte der Versicherer im Falle der schuldhaften Anzeigepflichtverletzung in Bezug auf gefahrerhebliche Umstände stets vom Vertrag zurücktreten.

Tätigkeitsschwerpunkte

Das Rücktrittsrecht des Versicherers war auch bei einfacher Fahrlässigkeit nicht ausgeschlossen. Da vor dem 01.01.2009 auch kein Basistarif mit Kontrahierungszwang existierte, standen die betroffenen Versicherungsnehmer also ohne Versicherungsschutz da. In geeigneten Fällen schlug der Ombudsmann dann eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses gegen Vereinbarung eines Risikozuschlags bzw. eines Leistungsausschlusses bezüglich der nicht angezeigten Gefahrumstände vor.

Durch die Neufassung des VVG hat sich der Beschwerdeschwerpunkt nun verlagert. Nach § 19 VVG ist das Rücktrittsrecht – im Gegensatz zur bisherigen Rechtslage – nun bei einer fahrlässigen Anzeigepflichtverletzung ausgeschlossen. Das Rücktrittsrecht wegen einer grob fahrlässigen Anzeigepflichtverletzung ist dann ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann also ohne weiteres nur noch bei einer vorsätzlichen Anzeigepflichtverletzung zurücktreten, wobei dann im Regelfall ohnehin ein Anfechtungsrecht wegen arglistiger Täuschung besteht. Diese Fälle beschäftigen den Ombudsmann eher selten. In den meisten Beschwerden geht es darum, dass der Versicherer von der neu ins Gesetz aufgenommenen Variante Gebrauch macht und den Vertrag zu anderen Bedingungen fortsetzt. Das Gesetz sieht jedoch vor, dass die anderen Bedingungen, in der Regel ein Risikozuschlag oder ein Leistungsausschluss, rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Dies stößt bei vielen Versicherungsnehmern auf Unverständnis, insbesondere wenn der Versicherungsnehmer das nach § 19 Abs. 4 VVG bestehende Sonderkündigungsrecht nutzt. Dieses steht dem Versicherungsnehmer zu, wenn der Versicherer den

Vertrag rückwirkend mit einem Leistungsausschluss belegt oder sich die Prämie durch den rückwirkenden Risikozuschlag um mehr als 10 % erhöht. Viele Versicherungsnehmer sind nicht bereit, für die zurückliegende Vertragslaufzeit nachträglich einen Risikozuschlag zu entrichten, und bitten den Ombudsmann um Prüfung der Rechtmäßigkeit des Vorgehens des Versicherers.

Durch die Neufassung des VVG ist die Beendigung des Versicherungsvertrages infolge einer Anzeigepflichtverletzung für die Versicherer also erschwert worden. Insoweit hat sich die Situation für die Versicherungsnehmer entschärft, da es seltener zum Verlust des Versicherungsschutzes kommt. Die den Unternehmen eingeräumte Möglichkeit, die Vertragsbedingungen rückwirkend zu ändern, birgt gleichwohl ein hohes Konfliktpotenzial. Es lässt sich also feststellen, dass sich die Beschwerdezahlen zu diesem Komplex durch die VVG-Reform nicht verringert, sondern lediglich inhaltlich verlagert haben.

Immer häufiger beschäftigen den Ombudsmann in diesem Zusammenhang auch Beschwerden gegen Versicherungsvermittler. Die Versicherungsnehmer wenden nicht selten ein, sie seien vom Vermittler unzureichend über die Bedeutung der Anzeigepflicht aufgeklärt worden oder hätten dem Vermittler gefahrerhebliche Umstände mitgeteilt; der Vermittler habe diese aber nicht als relevant eingestuft. Die neu eingeführten Dokumentationspflichten der Vermittler können hier nur bedingt weiterhelfen, da sich auch anhand des Beratungsprotokolls der Sachverhalt häufig nicht hinreichend aufklären lässt. Deswegen kann der Ombudsmann den Beschwerdeführern in derartigen Fällen häufig nicht weiterhelfen.

Tätigkeitsschwerpunkte

Beitragsanpassungen und Beitragshöhe

Die Zahl der Beschwerden über Beitragsanpassungen ist im Jahr 2009 leicht zurückgegangen. Wenn auch die Einsicht zu wachsen scheint, dass die Anpassungen unabwendbar sind, so machen sich die Versicherten doch weiterhin Sorgen, ob sie die steigende Beitragslast dauerhaft tragen können. Die teils deutlichen Beitragsanpassungen zum letzten Jahreswechsel lassen daher vermuten, dass sich das Bild bei den Beschwerdezahlen 2010 wieder ändern könnte.

Der Ombudsmann vermag in diesen Beschwerdefällen nur eingeschränkt zu helfen, da er die Rechtmäßigkeit von Beitragsanpassungen nur formal, nicht jedoch kalkulatorisch überprüfen kann. Er versucht daher insbesondere, dem Beschwerdeführer Wege aufzuzeigen, wie er die Beitragsbelastung durch eine Umstellung des Versicherungsschutzes reduzieren kann.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

Der Ombudsmann beobachtet in den letzten Jahren wachsende Unstimmigkeiten bei der Erstattung von Zahnbehandlungen und Zahnersatz, sowohl in der Vollversicherung als auch in der Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Die Beschwerden betreffen dabei häufig die Frage, ob herkömmlicher Zahnersatz oder Implantate medizinisch notwendig sind, oder auch die Erstattungsfähigkeit von Verblendungen von Zähnen, denn hier leisten die Versicherer grundsätzlich nur für den sichtbaren Frontzahnbereich.

Material- und Laborkosten Auch die Höhe der Material- und Laborkosten ist seit Jahren umstritten. Streitpunkt ist dabei in erster Linie, welche Mate-

rialkosten als angemessen anzusehen sind. Der Ombudsmann teilt hier die Auffassung vieler Versicherer, dass eine Anlehnung an die Sätze der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis gerechtfertigt ist. Diese Ansicht wird von einer Vielzahl gerichtlicher Entscheidungen bestätigt, eine höchstrichterliche Entscheidung steht jedoch aus. Viele Versicherer führen in ihren Zahntarifen auch Preis- und Leistungsverzeichnisse, in denen festgelegt ist, welche Versicherungsleistungen der Höhe nach zu erwarten sind. Hierin sehen einige Versicherungsnehmer eine Beschränkung ihres Versicherungsschutzes.

Für umfangreiche Zahnbehandlungen muss dem Versicherer in der Regel ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden, um bereits im Vorfeld eine Kostenerstattung zu überprüfen. Über die Anforderungen an eine derartige Aufstellung kann zwischen den Beteiligten Streit entstehen.

Heil- und Kostenplan Ein Heil- und Kostenplan ist grundsätzlich verbindlich. Der Zahnarzt ist dem Patienten gegenüber verpflichtet, das zahnärztliche Honorar, das für seine Leistung anfallen wird, so genau wie möglich im Vorfeld der Behandlung aufzuschlüsseln. Der Patient soll somit in die Lage versetzt werden, eine Entscheidung zu treffen, ob er die Behandlung von diesem Zahnarzt in der vorgesehenen Art und Weise durchführen lassen will. Er kann insofern darauf vertrauen, in welcher Höhe Kosten anfallen werden. Das betrifft sowohl das zahnärztliche Honorar als auch Material- und Laborkosten. Eine Erhöhung des veranschlagten Honorars ist nur dann gerechtfertigt, wenn nicht vorhersehbare Umstände zu einer Erhöhung des Steigerungssatzes führen und der Patient vor

Tätigkeitsschwerpunkte

der Behandlung auf den möglichen Eintritt einer solchen Schwierigkeit hingewiesen wurde. Hinsichtlich der Material- und Laborkosten ist danach zu unterscheiden, ob der Zahnarzt über ein eigenes Labor verfügt und damit die voraussichtlichen Kosten überhaupt berechnen und angeben kann. Werden die Leistungen hingegen in einem Fremdlabor erbracht, sollte für den Patienten ersichtlich sein, dass es sich lediglich um eine Schätzung handelt, so dass er sich darauf einrichten kann, dass höhere Kosten anfallen können. Im Ergebnis muss es dem Patienten möglich sein zu überblicken, welche Kosten auf ihn zukommen. Nach Einreichen des Heil- und Kostenplans bei dem Versicherer kann dieser sodann überprüfen und zusagen, welche Kosten hiervon erstattet werden.

Versicherungsfall vor Versicherungsbeginn

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

Basistarif

Im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde zum 01.01.2009 im Zuge der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht der brancheneinheitliche Basistarif geschaffen. Die zunächst hiergegen gerichtete Verfassungsbeschwerde einiger Unternehmen der PKV hatte keinen Erfolg, so dass alle Unternehmen der PKV seit dem 01.01.2009 den Basistarif anbieten müssen. Hiervon ausgenommen sind kleinere Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, die nur bestimmten Berufsgruppen offen stehen, wie beispielsweise Krankenversicherungsvereine für Priester. Personen, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind und bislang nicht versichert waren oder ihren Versicherungsschutz verloren haben, können somit bei jedem Unternehmen der privaten Krankenversicherung Aufnahme in den Basistarif beantragen. Der Antrag darf anders als sonst nicht abgelehnt werden. Der Basistarif ist brancheneinheitlich ausgestaltet und vom Leistungsniveau her mit der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Er sieht Leistungseinschränkungen wie etwa die Behandlung nur durch Vertragsärzte vor. Zudem ist der Höchstbeitrag im Basistarif auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt.

Der im Basistarif geltende Kontrahierungszwang stellt ein Novum in der privaten Krankenversicherung dar. Aufgrund der Vertragsfreiheit sieht auch das Statut des Ombudsmanns vor, dass nur Beschwerden aus einem bestehenden oder beendeten Versicherungsverhältnis bearbeitet werden können, so dass auf den Vertragsabschluss gerichtete Beschwerden regelmäßig unzulässig sind. In ergänzender Aus-

Tätigkeitsschwerpunkte

legung des Statuts wurden aufgrund des Kontrahierungszwangs und der besonderen sozialpolitischen Bedeutung des Basistarifs jedoch auch Beschwerden im Zusammenhang mit dem Abschluss einer Versicherung im Basistarif angenommen.

Einen Schwerpunkt bildeten hierbei die zeitlichen Verzögerungen bei der Antragsbearbeitung. Viele Beschwerdeführer wandten sich gegen die lange Bearbeitungsdauer Ihrer Anträge, welche offenbar auf die umfangreichen Neuerungen und bei den Unternehmen naturgemäß fehlenden Erfahrungen mit dem neuen Basistarif zurückzuführen waren. Derartige Beschwerden wurden vom Ombudsmann vorrangig behandelt, um möglichst schnell Versicherungsschutz herbeiführen zu können. In der Regel konnte ein Vertragsabschluss im Ombudsmannverfahren erreicht werden.

Teilweise bezogen sich die Beschwerden bereits auf das vorvertragliche Stadium, wenn beispielsweise nicht festgestellt werden konnte, ob und wo der Antragsteller vorher krankenversichert war. In diesen Fällen war unklar, ob der Kontrahierungszwang durch die Zuordnung zur privaten Krankenversicherung überhaupt greift. So verfügte beispielsweise ein ehemaliger Auswanderer, der nach über 40 Jahren in die Bundesrepublik zurückgekehrt war, weder über Unterlagen zu einem etwaigen vormaligen Versicherungsschutz, noch hatte er diesbezüglich belastbare Erinnerungen. In derartigen Fällen sieht der Ombudsmann eine Auffangfunktion der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Auch die Beitragshöhe im Basistarif spielte häufig eine Rolle. Zwar ist der Beitrag im Basistarif auf den Höchstbeitrag in

der GKV limitiert; aufgrund der schlechten Risikostruktur der Versicherten im Basistarif müssen jedoch fast alle Versicherten, von ganz jungen Versicherungsnehmern abgesehen, diesen Höchstbeitrag zahlen. Hier konnte der Ombudsmann häufig durch Hinweise weiterhelfen, wie über die Sozialverwaltung Beitragsreduktionen oder Zuschüsse erlangt werden können.

Im Basistarif dürfen zudem, solange er besteht, keine Risikozuschläge für Vorerkrankungen verlangt werden. Gleichwohl werden bei risikoerheblichen Vorerkrankungen Risikozuschläge zu Zwecken des so genannten Poolausgleichs zwischen den Unternehmen sowie für den Fall eines etwaigen späteren Tarifwechsels in einen Normaltarif, in dem Risikozuschläge wieder erhoben werden dürfen, dokumentiert. Solange der Basistarif vereinbart ist, hat ein dokumentierter Risikozuschlag für den Versicherungsnehmer also keine Bedeutung. Gleichwohl gab es dazu einige Beschwerden. Sie konnten meist durch eine nähere Erläuterung der tatsächlichen Bedeutung des Risikozuschlags erledigt werden.

Die Beschwerden im Zusammenhang mit dem Basistarif haben in der zweiten Hälfte des Jahres stark abgenommen und kommen inzwischen nur noch vereinzelt vor. Meist geht es um den Tarifumfang des Basistarifs oder um den Prämienzuschlag, den der Gesetzgeber als Sanktion für einen verspäteten Versicherungsabschluss vorgesehen hat. Gelegentlich kommen auch Beschwerden von ehemals im modifizierten Standardtarif Versicherten vor, deren Verträge zum Stichtag in den Basistarif überführt wurden und die sich nun von veränderten Leistungsvoraussetzungen überrascht fühlen, wie beispielsweise vom Erfordernis der vorherigen

Tätigkeitsschwerpunkte

Einreichung eines Heil- und Kostenplans bei bestimmten Zahnbehandlungen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass nach anfänglichen, die gesamte Branche betreffenden Problemfeldern im Zusammenhang mit der Einführung des Basistarifs, dieser in der Ombudsmannpraxis nur noch eine untergeordnete Rolle spielt, was angesichts der geringen Anzahl der im Basistarif versicherten Personen jedoch nicht weiter verwundert.

Beratungs- und Informationspflichten

Die Verbesserung der Beratung und Information der Versicherten sollte ein Schwerpunkt der Neufassung des VVG sein. Die Beratung (in der Regel durch den Vermittler) besteht zunächst in der Befragung nach den Wünschen und Bedürfnissen des Versicherungsnehmers. Darauf aufbauend folgt die eigentliche Beratung. Dabei hat der Versicherer die Gründe für jeden erteilten Rat anzugeben und dies zu dokumentieren. Das Ganze ist dem Versicherten vor Abschluss des Vertrags in Textform zu übermitteln.

Die gesetzgeberische Intention wird vom Ombudsmann uneingeschränkt begrüßt. Das Abschlussprotokoll gibt beiden Parteien mehr Rechtssicherheit. Voraussetzung ist allerdings, dass das Protokoll auch aussagekräftig ist. Daran fehlt es häufig in der Praxis. Wenn etwa die Frage nach den Bedürfnissen kurz mit „billigem Versicherungsschutz“ beantwortet wird und der Rat des Vermittlers sich in der Aufzählung von Tarifikürzeln erschöpft, ist dem Kunden wenig gedient. Bei allem Verständnis dafür, dass der Vermittler aus Zeitgründen bei den Fragen auch auf Formulare zurückgrei-

fen muss, bei den Antworten muss er jedenfalls individuell auf den Kunden eingehen.

Dessen ungeachtet unterschreibt der Kunde häufig auf Wunsch des Vermittlers das Protokoll und ist erstaunt, wenn ihm später vorgehalten wird, dass alle seine angeblich in dem Beratungsgespräch vorgebrachten Wünsche und Anregungen aus dem Protokoll nicht ersichtlich sind. Es liegt dann nahe anzunehmen, dass der Versicherte das Protokoll bei Übergabe gar nicht oder nicht mit der notwendigen Sorgfalt gelesen hat. Den Beschwerdeführern kann dann häufig auch der Ombudsmann nicht helfen. Die Bemühungen des Gesetzgebers laufen ins Leere, wenn der Begünstigte nicht mitwirkt, sondern sich kontraproduktiv verhält.

Streitig ist häufig auch, inwieweit den Versicherer auch nach Abschluss des Vertrags eine Beratungspflicht trifft. Der Gesetzgeber bejaht diese Pflicht, soweit für den Versicherer ein Anlass für eine Nachfrage und Beratung erkennbar ist. Auch hier kann eine Mitwirkung des Versicherungsnehmers von Nöten sein. Liegt z.B. die Tatsache, die Anlass für eine Nachfrage oder Beratung bietet, außerhalb der Sphäre des Versicherers und in der Sphäre des Versicherten, so wird man in der Regel fordern müssen, dass Letzterer die Initiative ergreift und unter Schilderung der näheren Umstände den Versicherer um Beratung bittet.

Dieser Fall liegt zum Beispiel vor, wenn der Beihilfeanspruch des Versicherten sich ändert – mit den daraus notwendigen Anpassungen des Versicherungsschutzes. Hier kann die Beratung durch den Versicherer erst einsetzen, wenn er von der Änderung erfährt. Wenn der Versicherte die Rechtslage

Tätigkeitsschwerpunkte

nicht kennt, weil er die ihm ausgehändigten Vertragsunterlagen nicht gelesen hat, kommt es hier immer wieder zu Beschwerden etwa wegen Fristversäumnis, denen auch der Ombudsmann nicht abhelfen kann.

Umgekehrt muss man vom Versicherer verlangen, dass er den Versicherten von sich aus berät, wenn die Änderung des Vertrags in der Sphäre des Versicherers liegt. Das ist der Fall z.B. bei Prämienanpassungen. Hier muss man erwarten, dass der Versicherer den Versicherten ganz generell darüber berät, welche Tarif-Alternativen bestehen, in die der Versicherte wechseln könnte, um seine Beitragslast zu mildern. Auch hier ist der Versicherte häufig nicht in der Lage, von den ihm eingeräumten Rechten Gebrauch zu machen, eben weil er diese Rechte nicht kennt.

Abschließend muss festgestellt werden, dass die Beratungs- und Informationsangebote, die der Gesetzgeber den Versicherten gewährt hat, von der Mehrheit der Kunden offenbar weder zur Kenntnis genommen noch gar intensiv studiert werden.

Mehrfachversicherungen

Beim Ombudsmann häufen sich Anfragen, bei denen Versicherte mehrfach privat krankenversichert sind. Dies kann auf verschiedene Gründe zurückzuführen sein. Beispielsweise kann die Situation einer Mehrfachversicherung dann entstehen, wenn eine Versicherung nach Ansicht der Versicherten gekündigt wurde, die Kündigung aber nicht wirksam ist und der Vertrag damit fortbesteht, der Versicherte aber bereits eine neue Versicherung abgeschlossen hat.

Das Hauptproblem in diesen Fällen ist, dass der Versicherte zweimal Beiträge bezahlen muss, die Erstattungen aber nicht die gesamten Aufwendungen überschreiten dürfen, die der Versicherte durch Arztrechnungen etc. hat. Daher steht immer wieder die Frage im Raum, ob und wie diese für den Versicherten ungünstige Lage beseitigt werden kann und ob eine solche Mehrfachversicherung überhaupt zulässig ist.

Grundsätzlich gibt es kein Verbot, sich mehrfach gegen dasselbe Risiko zu versichern. Schließt der Versicherte die Mehrfachversicherung jedoch ab, um durch die Inanspruchnahme der Versicherungen eine höhere Erstattung zu bekommen als ihm eigentlich zusteht (also in betrügerischer Absicht), ist der zur Mehrfachversicherung führende Vertrag nichtig.

Ansonsten besteht nach dem Versicherungsvertragsgesetz die Möglichkeit, die Mehrfachversicherung ohne Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfristen zu beenden, wenn der Versicherte nachweisen kann, dass er vom Entstehen der Mehrfachversicherung keine Kenntnis hatte. Dieser Nachweis ist in der Regel jedoch sehr schwer zu erbringen, da es insoweit dem Versicherten – um auf das oben genannte Beispiel zurückzukommen – obliegt, Voraussetzungen für die Beendigung eines bestehenden Vertrages selbst zu prüfen. Sofern der Versicherte jedoch nachweisen kann, dass er keine Kenntnis vom Entstehen der Mehrfachversicherung hatte, kann der später geschlossene Vertrag (also der Vertrag, der zur Mehrfachversicherung geführt hat) unter Umständen aufgehoben oder unter Änderung der Beitragsprämie entsprechend herabgesetzt werden. Da die meisten Versicherten aber gerade an dem länger bestehenden Vertrag nicht festhalten und stattdessen den später geschlossenen

Tätigkeitsschwerpunkte

behalten möchten, werden diese Fälle vermehrt beim Ombudsmann nachgefragt. Zur Streitbeilegung schlägt er die Verlegung des Beginns der neuen Versicherung vor, bis die Kündigung des alten Vertrags wirksam ist.

Krankentagegeld

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

Den Versicherern ist bewusst, dass bei dieser Versicherungsart das „Ausnutzungspotenzial“ besonders groß und die Flucht aus wirtschaftlichen Schwierigkeiten in die „Krankheit“ eine ständige Versuchung ist. Deshalb wird dieser Bereich besonders kritisch geprüft.

Gemischte Anstalten

Beschwerden im Zusammenhang mit der Erstattungsfähigkeit von Behandlungen in Krankenhauseinrichtungen, die nicht ausschließlich Akutbehandlungen durchführen, sondern auch nicht vom Versicherungsschutz umfasste Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen vornehmen (sogenannte „Gemischte Anstalten“), haben im Vergleich zu den vergangenen Jahren stark abgenommen. Streitpunkt ist in diesem Bereich die Abgrenzung von klassischen Krankenhausbehandlungen zu Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen, weshalb die Versicherungsverträge die Vorgabe enthalten, dass Leistungen bei Behandlungen in solchen Gemischten Krankenanstalten nur erfolgen, wenn die Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt haben.

Den Beschwerderückgang in diesem Themenkomplex führt der Ombudsmann nicht zuletzt darauf zurück, dass die Versicherer ihre Kunden bereits im Vorfeld über die Problematik der Gemischten Anstalten und die zu erwartenden Leistungen informieren. Auch Ärzte und Krankenhäuser scheinen die Patienten bei einem geplanten Aufenthalt in einer Gemischten Anstalt besser aufzuklären, damit die Versicherten keine Behandlung beginnen, ohne sich vorher über den Umfang ihres Versicherungsschutzes vergewissert zu haben.

Darüber hinaus sind die Versicherer, vielfach auf Drängen des Ombudsmanns, dazu übergegangen, trotz fehlender vorheriger Zusage auch nachträglich anhand der Krankenunterlagen zu prüfen, ob eine Zustimmung erteilt worden wäre, wenn der Versicherungsnehmer sie rechtzeitig bean-

Tätigkeitsschwerpunkte

tragt hätte. Führt diese Prüfung zu dem Ergebnis, dass tatsächlich keine Kur- oder Rehabilitationsbehandlung durchgeführt wurde, erbringen die Versicherer die Leistungen auf freiwilliger Basis.

Behandlungen im europäischen Ausland

Die Mobilität innerhalb Europas wirft auch Fragen bezüglich des privaten Krankenversicherungsschutzes auf und beschäftigt den Ombudsmann im vergangenen Jahr mehrfach.

Grundsätzlich erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Heilbehandlungen in Europa, d. h. es werden Aufwendungen für Krankenhaus- und Arztkosten während eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland erstattet. Den Versicherten ist häufig nicht bekannt, wie es sich mit Aufwendungen verhält, die nicht unabhängig vom Aufenthaltswort im Ausland entstanden sind. Das betrifft Fälle, in denen der Versicherte beispielsweise gezielt ein Krankenhaus außerhalb Deutschlands zur stationären Behandlung aufsucht, was nicht selten vorkommt, wenn der Versicherungsnehmer grenznah wohnt. Hier hat der Ombudsmann auf die sogenannte Schadensminderungspflicht hingewiesen. Eine gezielte Inanspruchnahme einer teureren Behandlung im benachbarten Ausland kann diese Obliegenheit verletzen.

Für den Fall, dass der Versicherte seinen gewöhnlichen Aufenthalt ins europäische Ausland verlegt, endet das Vertragsverhältnis nicht. Der Versicherer bleibt jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem

Aufenthalt des Versicherten im Inland zu erbringen hätte. Die Mehrkosten trägt dann der Versicherte selbst.

Sonstiges

Seltener als im Jahr zuvor waren 2009 Beschwerden im Zusammenhang mit einem gewünschten Tarifwechsel. Die Versicherten können häufig nicht nachvollziehen, warum sie bei einem Tarifwechsel in einen höherwertigeren Versicherungsschutz für die Mehrleistungen Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse hinnehmen müssen. Dies ist im VVG jedoch ausdrücklich so vorgesehen und gilt selbst dann, wenn die Leistungen im Zieltarif teilweise zwar höher, zugleich aber teilweise auch niedriger sind.

Wie schon in den vergangenen Jahren erreichen den Ombudsmann regelmäßig Beschwerden, in denen es um Kinderwunschbehandlungen geht. Hier sind privat Versicherte insofern im Vorteil, als die Kosten in vollem Umfang tariflich übernommen werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind, während gesetzlich Krankenversicherte höchstens die Hälfte der Kosten erstattet bekommen. Die Rechtsprechung im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung hat sich in den vergangenen Jahren stetig weiterentwickelt. Zunächst kommt es auf die Frage an, bei welchem Partner die medizinische Ursache für die ungewollte Kinderlosigkeit liegt, denn die Kosten werden nur vom Versicherer des Verursachers erstattet. Weitere Streitpunkte sind die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche, das Vorliegen hinreichender Erfolgsaussichten der Behandlung sowie die Kostenübernahme bei unverheirateten Paaren.

Beschwerdezahlen

Die Zahl der schriftlich eingereichten Beschwerden ist auch im Jahr 2009 erneut angestiegen, gegenüber dem Vorjahr um etwa 15,0 %. Insgesamt wurden 5.015 (Vorjahr: 4.376) Eingänge registriert. Davon waren 432 Beschwerden unzulässig, etwa weil sie verspätet eingelegt wurden, bereits ein Verfahren vor der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) angestrengt wurde oder eine gerichtliche Klärung der Angelegenheit stattfindet oder stattgefunden hat. Darüber hinaus kann der Ombudsmann die Annahme einer Beschwerde in Bagatellsachen (Streitwert bis zu 50 Euro) wegen Geringfügigkeit ablehnen oder entscheiden, dass eine Beschwerde offensichtlich unbegründet ist. Täglich erreichen den Ombudsmann etwa 20 telefonische Anfragen. Häufig können kleinere Schwierigkeiten auf diesem Weg gelöst werden.

Seit Einrichtung der Ombudsstelle im Oktober 2001 nutzen jährlich mehr Verbraucher die kostenfreie Möglichkeit, Entscheidungen ihrer Versicherungsunternehmen von einer neutralen Stelle überprüfen zu lassen. Der Ombudsmann sieht dies als Vertrauensbeweis an. Nach seinen Erfahrungen kann von der Entwicklung des Beschwerdeaufkommens nicht generell auf das Verhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer geschlossen werden. Die im Verhältnis zu den insgesamt rund 30 Millionen PKV-Verträgen in der Voll- und Zusatzversicherung noch immer verschwindend geringe Beschwerdezahl lässt keine zuverlässige statistische Aussage zu. Nicht ausschlaggebend für den Beschwerdeanstieg in den vergangenen Jahren dürfte jedenfalls die Zuständigkeit des Ombudsmanns für Beschwerden gegen Versicherungsvermittler und -berater seit dem Jahr 2007 sein.

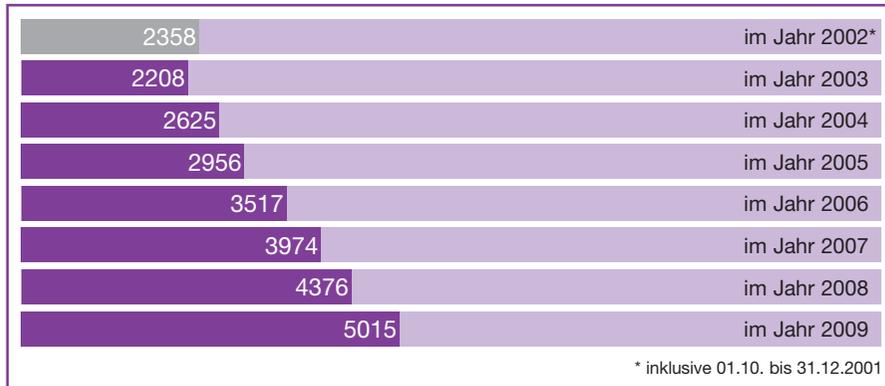
Hier wurden im Jahr 2009 lediglich 122 Beschwerden verzeichnet.

Maßgeblich für den steten Beschwerdeanstieg ist sicher der steigende Bekanntheitsgrad des Ombudsmanns. Gerade im Zusammenhang mit den Gesetzesreformen gab es immer wieder Berichte in den Medien, so dass zu vermuten steht, dass bei den Verbrauchern das Thema Versicherungen insgesamt stärker in das Bewusstsein gerückt ist. Auch über die außergerichtliche Schlichtungstätigkeit diverser anderer Streitschlichtungsstellen wird regelmäßig berichtet. Versicherte nehmen den Ombudsmann nach guten Erfahrungen in der Vergangenheit auch gerne mehrfach in Anspruch, wenn neue Meinungsverschiedenheiten mit den Versicherern auftreten. Der steigende Bedarf nach außergerichtlicher Streitschlichtung ist auch auf europäischer Ebene zu beobachten. So berichten die Mitglieder des FIN-NET aus ihren nationalen Schlichtungsstellen ebenfalls über jährlich wachsende Beschwerdezahlen.

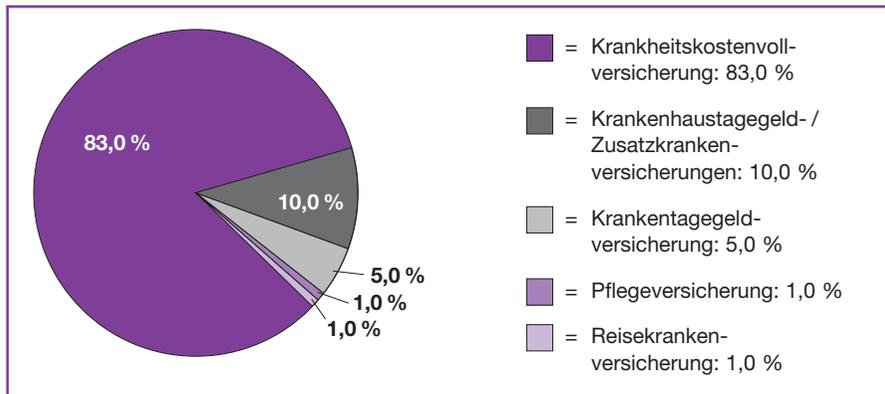
Die Verteilung des Beschwerdeaufkommens hat sich im Jahr 2009 leicht verschoben. 83,0 % der Beschwerden entfielen auf die Krankheitskostenvollversicherung (Vorjahr 78,0 %), im Bereich der Zusatz- und Krankenhaustagegeldversicherungen war ein Rückgang von 16,0 % auf 10,00 % zu vermerken. 5,0 % der Eingaben betrafen die Krankentagegeldversicherung. Auf die Reisekrankenversicherung und auch die Pflegepflichtversicherung entfielen wie in den Vorjahren jeweils etwa 1,0 % der Beschwerden.

Beschwerdezahlen

Entwicklung des Beschwerdeaufkommens

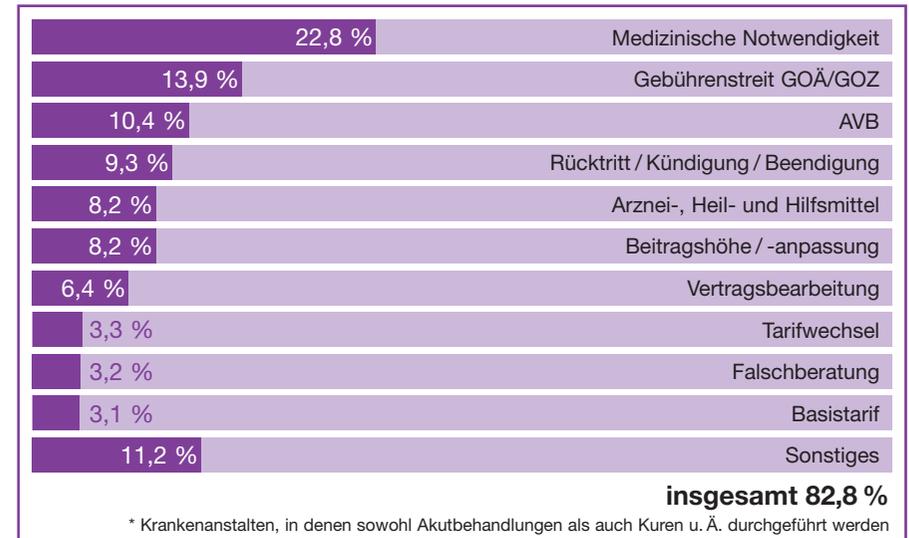


Verteilung des zulässigen Beschwerdeaufkommens 2009

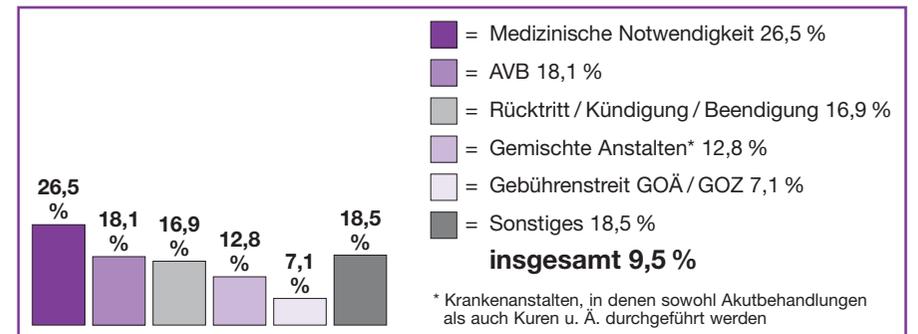


Prozentuale Verteilung der zulässigen Beschwerden

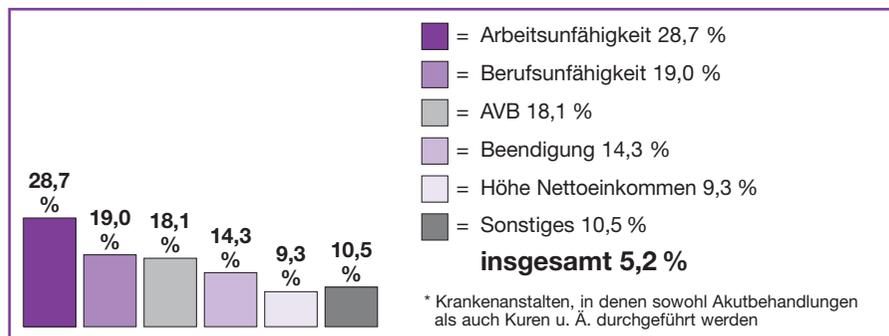
Krankheitskostenversicherung



Krankenhaustagegeldversicherung / Zusatzkrankenversicherung



Krankentagegeldversicherung



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

Die Unternehmen tragen diese Sicht der Dinge mit. Auch sie haben erkannt, dass rein juristische Bewertungen „Entweder-Oder-Entscheidungen“ sind und oft unbefriedigend ausfallen, da es in der Krankenversicherung häufiger auf ein „Sowohl-als-auch“ ankommt und eine exakte juristische Abgrenzung bestimmter Begriffe (z. B. medizinische Notwendigkeit, Auslegung der Gebührenordnungen) nur schwer möglich ist. Oftmals ist es den Unternehmen nicht möglich, von sich aus Vergleichslösungen anzubieten. Hier bildet das Ombudsmannverfahren eine gute Plattform, einen vermittelnden Weg einzuschlagen und Kompromisse zu

suchen, um gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und zu einem guten Einvernehmen zurückzukehren. Diese Schiedsfunktion der Ombudsstelle wird von allen Unternehmen akzeptiert. Noch ausgeprägter ist die Haltung bei den Versicherungsnehmern. Sie sind häufig zufrieden, wenn sie einen Teilerfolg erzielen oder ihnen die überwiegend rechtlichen Zusammenhänge in verständlicher Sprache erklärt werden. Sie haben dann nicht das Gefühl, den Versicherern auf Gedeih und Verderb ausgeliefert zu sein.

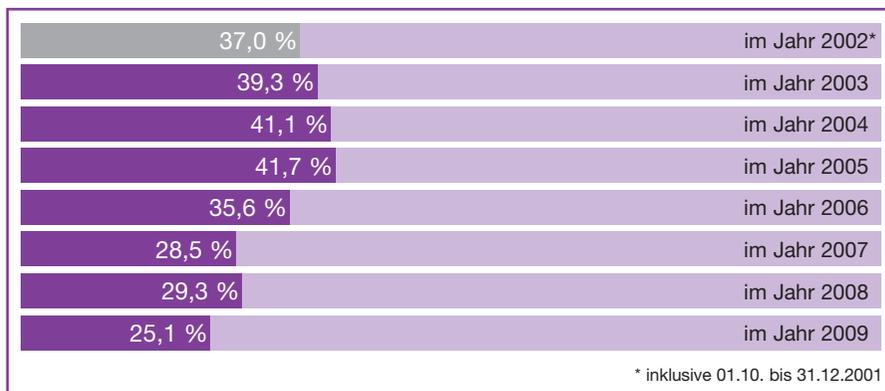
Erfolgsquote Im Jahr 2009 endeten 25,1 % aller Eingaben mit einem vollständigen oder teilweisen Erfolg für die Beschwerdeführer. Das ist ein recht deutlicher Rückgang gegenüber dem Vorjahr, in dem 29,3 % der Beschwerden erfolgreich waren. Eine abnehmende Einigungsbereitschaft kann der Ombudsmann jedoch nicht erkennen. Vielmehr konnten zahlreiche Sachverhalte in den vergangenen Jahren mittlerweile rechtlich geklärt werden, so dass hier kein Streitpotenzial mehr besteht. Zudem muss die Erfolgsquote vor dem Hintergrund gesehen werden, dass der Ombudsmann der PKV keine verbindlichen Entscheidungen treffen kann und dass einige Beschwerdebereiche, wie etwa Beitragsanpassungen, von Natur aus „erfolglos“ bleiben müssen. Der Ombudsmann kann das Anliegen der Beschwerdeführer durchaus nachvollziehen, denn es handelt sich oft um Darstellungen, die für den Verbraucher unklar oder missverständlich sind. In solchen Fällen bleibt jedoch nur, die Mitteilung für den Laien verständlich zu erläutern. Zu berücksichtigen sind auch die Fälle, in denen der Beschwerdeführer nach Erläuterung durch den Ombudsmann die Entscheidung seines Versicherers versteht und akzeptiert. Dieser „Gewinn“ an Erkenntnis, der häufig eintritt, wird in der Erfolgsquote nicht berücksichtigt.

Die Zahl der erfolgreichen Abschlüsse bedeutet allerdings nicht, dass die Versicherungsnehmer stets Recht hatten. Häufig sind die Versicherer im Rahmen einer Kulanzlösung entgegengekommen und haben damit dokumentiert, dass sie an einem einvernehmlichen Vertragsverhältnis interessiert sind. Selbst bei eindeutigen Rechtslagen zugunsten der Versicherer kommen freiwillige Leistungen in Betracht. Häufig geschieht das schon in der ersten Stellungnahme des Versicherers zur Beschwerde. Zu weiteren Kompromissangeboten kommt es dann auf Anraten des Ombudsmanns.

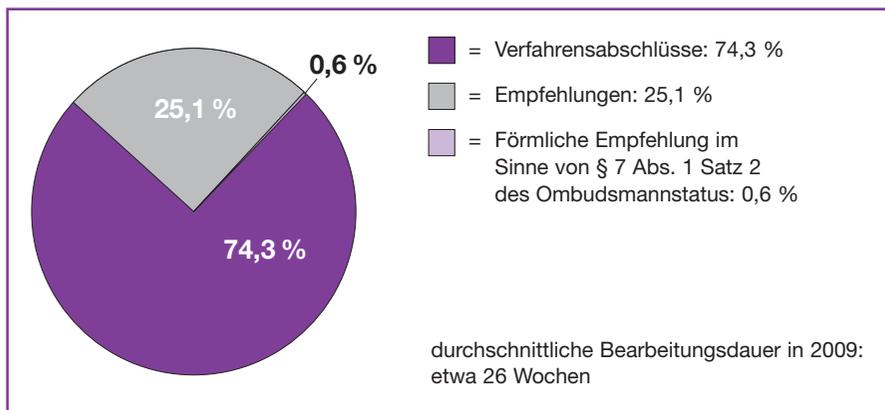
Förmliche Empfehlungen

Die eigentlichen Konfliktfälle zwischen Ombudsmann und Versicherer sind die, die zu einer förmlichen Empfehlung des Ombudsmannes gemäß § 7 Abs. 1 des Statuts führen. Ihnen gehen erfolglose Verhandlungen zwischen dem Ombudsmann und dem Versicherer voraus. Wenn der Versicherer sich im Rahmen der Verhandlungen nicht durchringen konnte, dem Vorschlag des Ombudsmanns zu folgen, kommt es zu der förmlichen Empfehlung, die das Verfahren abschließt, dem Versicherungsnehmer zugänglich gemacht und auch öffentlich wird. Die meisten förmlichen Empfehlungen werden vom Versicherer akzeptiert. Im Jahr 2009 verzeichnete der Ombudsmann mit 23 förmlichen Empfehlungen (0,6 %) einen deutlichen Rückgang dieses Beschwerdeergebnisses. Insgesamt wird durch die geringe Zahl der förmlichen Empfehlungen die kompromissbereite Zusammenarbeit der Unternehmen mit dem Ombudsmann deutlich.

Entwicklung der Erfolgsquote



Abgeschlossene Fälle in 2009: 3.970



Anwartschaftsversicherung

Ein ehemals privat krankenversicherter Mann wurde versicherungspflichtig. Die Krankheitskostenvollversicherung stellte er in diesem Zusammenhang in eine Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung um. Nach einigen Jahren war eine Rückkehr in die private Krankenversicherung möglich und der Versicherte bat um Wiederaufnahme in die alte Krankheitskostenvollversicherung. Der Versicherer machte die Wiederaufnahme von einer Gesundheitsprüfung abhängig. Diese führte dazu, dass der gewünschte Versicherungsschutz nur mit einem Risikozuschlag angeboten wurde. Der Versicherungsnehmer fragte, warum ihm seinerzeit keine Anwartschaftsversicherung angeboten wurde.

Eine Anwartschaftsversicherung dient der Wahrung von Rechten in Zeiten, in denen der Versicherte einen Anspruch auf tarifliche Leistungen nicht benötigt. Es besteht aber keine allgemeine Pflicht einer privaten Krankenversicherung, einen Versicherungsnehmer bei Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung über die Anwartschaftsversicherung zu informieren. Es war für den Versicherer auch nicht ersichtlich, dass der Versicherungsnehmer kurze Zeit später wieder in die private Krankenversicherung wechseln konnte. Auch hatte der Versicherungsnehmer nicht nach einer Anwartschaftsversicherung gefragt. Insgesamt war der Antrag auf Wechsel in die Krankheitskostenvollversicherung als Neuantrag zu werten, so dass der Gesundheitszustand des Versicherten zu Recht überprüft wurde. Da in der privaten Krankenversicherung grundsätzlich nur ungewisse Risiken versichert werden können, konnte dem Beschwerdeführer der gewün-

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

schte Versicherungsschutz auf Grund seines Gesundheitszustandes nicht ohne den Risikozuschlag angeboten werden. Der Ombudsmann konnte der Beschwerde nicht abhelfen.

Spezialdiagnostik

Ein privat krankenversicherter Mann suchte einen Arzt wegen allgemeinen Unwohlseins und Leistungsschwäche auf. Ohne konkrete Anhaltspunkte führte der Arzt umfangreiche Laboruntersuchungen durch, um eine Vielzahl von schweren Erkrankungen abzuklären. Die Tests erbrachten kein Ergebnis. Der Krankenversicherer lehnte die Kostenerstattung ab.

Nach den Versicherungsbedingungen besteht Versicherungsschutz für die medizinisch notwendige Heilbehandlung. Diagnoseverfahren sind selbstverständlich in den Versicherungsschutz einbezogen. Die Diagnostik muss geeignet sein, die Symptome mit einer konkreten Erkrankung in Verbindung zu bringen. Die Untersuchungen sind dabei nach einem Stufenschema durchzuführen. Zu unterscheiden ist zwischen Basis-, Aufbau- und Spezialdiagnostik. Daher ist der Patient zunächst allgemein zu untersuchen und erst bei einer konkreten Störung wäre gegebenenfalls eine weitere Differentialdiagnostik erforderlich. Vor den Laboruntersuchungen fand eine Abklärung nicht statt. Der Arzt hatte keinen Verdacht für eine bestimmte Krankheit, sondern untersuchte auf mögliche schwere Erkrankungen ohne eine Basisdiagnostik. Wegen zweifelhafter medizinischer Notwendigkeit konnte der Ombudsmann dem Beschwerdeführer nicht helfen.

Unterbringungskosten für Neugeborenes

Die Mutter eines neugeborenen Kindes hatte sich in stationäre Krankenhausbehandlung begeben. Da der Säugling noch gestillt werden musste, wurde das Kind mit aufgenommen. Für die Unterbringung berechnete das Krankenhaus zusätzlich zu den Behandlungs- und Unterbringungskosten der Mutter einen weiteren Kostenbetrag. Der private Krankenversicherer der Mutter übernahm die Behandlungs- und Unterbringungskosten der Mutter, lehnte jedoch die Erstattung der durch die Unterbringung des Kindes verursachten Kosten ab, da die Mitaufnahme des Kindes nicht medizinisch notwendig gewesen sei. Eine Erstattungspflicht bestehe nur, wenn es sich um die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson gehandelt hätte. Das Kind sei für die Mutter jedoch keine Begleitperson gewesen. Das Kind wiederum war bei einem anderen Unternehmen über den Vater privat krankenversichert. Dieser Versicherer argumentierte, er sei nicht leistungspflichtig, da gar kein medizinisch notwendiger Krankenhausaufenthalt des Kindes vorgelegen habe. Dieses sei schließlich nur mit aufgenommen worden, damit es weiter gestillt werden konnte. Damit habe kein Versicherungsfall vorgelegen.

Die Argumentation beider Versicherer war im Kern zutreffend, führte jedoch zu einem unbefriedigenden Ergebnis. Der Ombudsmann schlug daher vor, dass sich die beteiligten Unternehmen die Unterbringungskosten des Kindes hälftig teilen sollten. Beide Unternehmen folgten dieser Empfehlung.

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

Verspätete Chefarztbehandlung

Eine privat krankenversicherte Beschwerdeführerin begab sich im Jahr 2004 – also vor etwa fünf Jahren – wegen eines Weichteiltumors in stationäre Behandlung. Der behandelnde Chefarzt stellte seine Leistungen über ca. 1000,- Euro erst im Jahr 2009 in Rechnung, weil – wie er angab – eine mit der Abrechnung betraute Mitarbeiterin wegen Krankheit für längere Zeit ausgefallen war. Die Beschwerdeführerin reichte die Rechnung bei Ihrem privaten Krankenversicherer ein und bat um Erstattung. Dieser prüfte den Fall und kam zu dem Ergebnis, dass die Ansprüche des Chefarztes verjährt waren und auch die Versicherte selbst nicht dazu verpflichtet sei, den Rechnungsbetrag zu zahlen.

Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch verjähren die Honoraransprüche des Arztes innerhalb von drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entsteht. Der Anspruch kann aber erst dann entstehen, wenn er fällig ist. Dafür ist erforderlich, dass dem Zahlungspflichtigen eine Rechnung entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte zugegangen ist. Durch eine verzögerte Rechnungsstellung kann der Arzt demnach auch den Verjährungsbeginn verzögern. Dieser unbegrenzten Verzögerung des Verjährungsbeginns steht das Rechtsinstitut der Verwirkung entgegen. Die Verwirkung soll den Rechnungsempfänger vor einer unzulässigen Rechtsausübung wegen widersprüchlichen Verhaltens schützen und Rechtssicherheit herstellen. Hätte der behandelnde Chefarzt seine Rechnung zeitnah nach Abschluss der Behandlung im Jahr 2004 gestellt, wäre die Verjährung mit dem Schluss des Jahres

2007 eingetreten. Die tatsächliche Rechnungsstellung erfolgte aber erst im Jahr 2009, das heißt knapp zwei Jahre nach Ablauf des gewöhnlichen Verjährungszeitraums.

Der Ombudsmann gab der Rechtsauffassung des Krankenversicherers Recht. Der Krankenversicherer bot der Beschwerdeführerin an, sie umfassend zu unterstützen und ihr geeignete Rechtsanwälte zur Seite zu stellen, sollte der behandelnde Arzt gerichtliche Schritte gegen sie einleiten.

Zurückweisung einer Kündigung durch das Versicherungsunternehmen

Ein Versicherungsnehmer kündigte seinen Krankenversicherungsvertrag und legte eine Bescheinigung über die Mitgliedschaft in einem eingetragenen Verein vor, der sich selbst als Unterstützungseinrichtung im Gesundheitswesen bezeichnet. Der Versicherer wies die Kündigung mit der Begründung zurück, der Nachversicherungsnachweis sei nicht geführt worden. Im Rahmen der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht im Bereich der Krankenversicherung schreibt das Versicherungsvertragsgesetz u.a. vor, dass eine Kündigung eines privaten Krankenversicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer erst wirksam wird, wenn dieser einen Nachweis beibringt, dass anderweitiger Versicherungsschutz besteht, der der Pflicht zur Versicherung genügt.

Der Ombudsmann bestätigte die Ansicht des Versicherers. Der Verein definiert sich gemäß Satzung selbst als aufsichtsfreie Personenvereinigung, die keine Krankenkasse oder Krankenversicherung sei. Rechtsansprüche der Mitglieder

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

auf Zahlung bestehen nach der Satzung ausdrücklich nicht. Es werden lediglich Unterstützungsleistungen im Gesundheitsbereich in Aussicht gestellt.

Der Ombudsmann vertritt hierzu die Meinung, dass die Mitgliedschaft in einer derartigen Vereinigung nicht der Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse oder einem privaten Krankenversicherungsverhältnis gleichgestellt sei. Da kein einklagbarer Rechtsanspruch auf Zahlung im Krankheitsfall bestehe, werde den mit der Versicherungspflicht verfolgten Zwecken nicht genügt. Zudem sei es bedenklich, dass eine Vereinigung, die ein existentielles Risiko wie das Krankheitskostenrisiko abdecken soll, keiner behördlichen Aufsicht unterliege. Solange keine ausdrückliche Gleichstellung durch den Gesetzgeber erfolgt, genügt nach Ansicht des Ombudsmanns die Mitgliedschaft in einer derartigen Personenvereinigung nicht der Versicherungspflicht, weshalb auch die Zurückweisung der Kündigung durch den Versicherer nicht beanstandet wurde.

Rücktritt und Zusatzversicherung

Ein junger Familienvater schloss für seine Familie im Mai 2007 diverse Zusatzversicherungen, darunter auch eine Pflegezusatzversicherung ab. Einige Monate später wurde bei ihm eine seltene, unheilbare Krankheit festgestellt, von der in der Regel erst ältere Menschen betroffen sind. Im Rahmen der Diagnosestellung wurde u. a. danach gefragt, ob und wann der Patient zum ersten Mal gestolpert sei. Tatsächlich war er im Frühsommer, also schon vor Antragstellung, gelegentlich, etwa ein- bis zweimal pro Woche gestolpert. Als

sportlich aktiver Mensch hatte er dies jedoch weder mit einer ihm gänzlich unbekanntem Krankheit in Verbindung gebracht noch das gelegentliche Stolpern als echte Beschwerde angesehen. Als er im Jahr 2009 Erstattungen von Pflegeleistungen aus seiner Ergänzungsversicherung beantragte, trat sein Versicherer aufgrund vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung vom Vertrag zurück, weil das gelegentliche Stolpern bei Antragstellung hätte angegeben werden müssen.

Grundsätzlich ist es zwar unbeachtlich, ob der Beschwerdeführer bei Antragstellung über die genaue Diagnose informiert war oder ob er mit einer schwerwiegenden Erkrankung rechnete. Auch war Vorsatz oder Fahrlässigkeit für einen Rücktritt nach der alten Rechtslage nicht erforderlich. Der Ombudsmann hatte jedoch erhebliche Zweifel, ob das erst rückwirkend bei Diagnosestellung als frühes Symptom erkannte Stolpern überhaupt als gefahrerhebliche Beschwerde angesehen werden kann, sondern sah eine Angabe dieser selbst nicht wahrgenommenen „Beschwerden“ als lebensfremd an. Der Versicherer stimmte dieser Auffassung nach erneuter Prüfung der Gesamtumstände zu und hielt an dem Rücktritt nicht mehr fest.

Unterbringung im Zweibettzimmer

Ein Beschwerdeführer hatte eine Zusatzversicherung für Wahlleistungen abgeschlossen. Vor Antritt eines geplanten Klinikaufenthalts hatte er von seinem Versicherer auf Nachfrage eine Zusage zur Kostenübernahme für ein Zweibettzimmer erhalten. Allerdings erstattete der Versicherer dann nach Rechnungserstellung nur einen geringen Betrag mit

Fälle aus der Ombudsmannpraxis

der Begründung, dass für die Unterbringung im Zweibettzimmer in diesem speziellen Klinikum die Höhe der Leistungen zwischen dem Klinikum und dem Versicherer generell streitig sei und ein anderer Fall mit demselben Problem zur gerichtlichen Klärung vorliege.

Grund für den Streit zwischen Klinikum und Versicherer war, dass der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft für die Bewertung von Wahlleistungen bestimmte Empfehlungen abgeben, wie hoch die Preise für Wahlleistungen sein sollten. Dafür werden bestimmte Beurteilungskriterien in einem Katalog zusammengefasst. Bei der Bewertung (z.B. ob eine bestimmte Ausstattung eines Zimmers als Wahlleistung anerkannt wird) kann es zu unterschiedlichen Auffassungen zwischen den Beteiligten kommen.

In diesem Fall konnte der Ombudsmann eine Kostenübernahme erreichen, da der Versicherer den Beschwerdeführer vor Antritt des Klinikaufenthaltes nicht von der bestehenden Problematik mit dem Krankenhaus in Kenntnis gesetzt, sondern eine Übernahme zugesagt hatte.

Unterschiedliche Selbstbehalte

Ein Versicherungsnehmer war bei seinem Versicherer in einem Vollkostentarif mit einer absoluten jährlichen Selbstbeteiligung in Höhe von 4200,- Euro versichert. Um Beiträge zu sparen, wandte er sich an seinen Versicherer mit dem Ziel eines Tarifwechsels. Er entschied sich, in einen Tarif zu wechseln, der bei günstigeren Beiträgen fall- bzw. behand-

lungsbezogene Selbstbehalte vorsieht. Dort sind beispielsweise Selbstbehalte von 10,- Euro je Behandlungstag, je Arzneimittel und je Heilmittel vorgesehen. Ein absoluter, jährlicher Selbstbehalt ist in dem Zieltarif hingegen nicht mehr vorhanden.

Der Versicherer bot den Wechsel in den Zieltarif nur unter Vereinbarung eines Leistungsausschlusses an. Dieser gestaltete sich so, dass der absolute Selbstbehalt von 4200,- Euro aus dem Ursprungstarif auch in den Zieltarif überführt werden sollte. Die behandlungsbezogenen Selbstbehalte blieben aber bestehen. Gegen diesen Leistungsausschluss wandte sich der Beschwerdeführer.

Der Ombudsmann konnte der Beschwerde nicht abhelfen. § 204 VVG bestimmt, dass im Falle eines Tarifwechsels der Versicherer einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag verlangen kann, soweit die Leistungen in dem „Zieltarif“ höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif. Bei dem Wegfall einer absoluten jährlichen Selbstbeteiligung handelt es sich nach Auffassung des Ombudsmanns um eine solche Mehrleistung. Absolute und behandlungsbezogene Selbstbehalte hingegen sind verschiedene Formen der Tarifgestaltung mit unterschiedlichen Steuerungswirkungen. Eine „Verrechnung“ mit der behandlungsbezogenen Selbstbeteiligung kommt nicht in Betracht. Sofern nach einer Gesundheitsprüfung eine Übernahme des Risikos nur gegen Zahlung eines Risikozuschlags oder durch einen Leistungsausschluss in Betracht kommt, ist die Übernahme des absoluten Selbstbehaltes in den Zieltarif zulässig.

Mitgliedsunternehmen

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

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

ALTE OLDENBURGER

Krankenversicherung AG

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

ALTE OLDENBURGER

Krankenversicherung von 1927

Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

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

ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München
Postanschrift: Postfach 86 01 29,
81628 München
Tel.: (089) 41 24-02
Fax: (089) 41 24-25 25
www.arag.de
service@arag.de

AXA Krankenversicherung

Aktiengesellschaft

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Postanschrift: 50592 Köln
Tel.: (01803) 55 66 22
Fax: (0221) 1 48-3 62 02
www.axa-kranken.de
service@axa-kranken.de

Barmenia Krankenversicherung a.G.

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

Bayerische Beamtenkrankenkasse

Aktiengesellschaft

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

BBV-Krankenversicherung

Aktiengesellschaft

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

Central Krankenversicherung AG

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

CONCORDIA Krankenversicherungs-

Aktiengesellschaft

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

Continentale Krankenversicherung a.G.

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

Debeka Krankenversicherungsverein

auf Gegenseitigkeit

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

DEUTSCHER RING

Krankenversicherungsverein a.G.

Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg
Tel.: (040) 35 99-77 33
Fax: (040) 35 99-36 36
www.deutscherring.de
service@deutscherring.de

DEVK Krankenversicherungs-

Aktiengesellschaft

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

DKV Deutsche Krankenversicherung

Aktiengesellschaft

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

DÜSSELDORFER VERSICHERUNG

Krankenversicherungsverein a.G.

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

ENVIVAS Krankenversicherung AG

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

ERGO Direkt Versicherung AG

Karl-Martell-Str. 60, 90344 Nürnberg
Tel.: 0800 / 6 66 90 00
Fax: (0911) 1 48-16 67
www.ergodirekt.de

EUROPA Krankenversicherung

Aktiengesellschaft

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

Mitgliedsunternehmen

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

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

Gothaer Krankenversicherung Aktiengesellschaft

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

HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

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

HanseMerkur Krankenversicherung AG

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

HanseMerkur Spezial Krankenversicherung AG

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

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

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

INTER Krankenversicherung aG

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

Kranken- und Sterbekasse „Mathilde“ Hainstadt VVaG

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

Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)

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

Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

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

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

Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3,
93055 Regensburg
Postanschrift: 93042 Regensburg
Tel.: (0941) 40 95-2 01
Fax: (0941) 40 95-2 09
www.ligakranken.de
service@ligakranken.de

LVM Krankenversicherungs-AG

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

Mannheimer Krankenversicherung AG

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

Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG

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

MÜNCHENER VEREIN

Krankenversicherung a.G.

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

NÜRNBERGER

KRANKENVERSICHERUNG AG

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

PAX-FAMILIENFÜRSORGE Krankenversicherung AG

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

Provinzial Krankenversicherung Hannover AG

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

R + V Krankenversicherung AG

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

Mitgliedsunternehmen

SIGNAL Krankenversicherung a.G.

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund
Postanschrift: 44121 Dortmund
Tel.: (0231) 1 35-75 70
Fax: (0231) 1 35-46 38
www.signal.de
info@signal-iduna.de

SONO Krankenversicherung a.G.

Hans-Böckler-Straße 51, 46236 Bottrop
Tel.: (02041) 18 22-0
Fax: (02041) 18 22-10
www.sonoag.de
info@sonoag.de

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

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

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

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

UNION KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT

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

uniVersa Krankenversicherung a.G.

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

VICTORIA Krankenversicherung Aktiengesellschaft

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

Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

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

Außerordentliches Mitglied:

Vereinigte Versicherungsgesellschaft von Deutschland

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

Verbundene Einrichtungen:

Krankenversorgung der Bundesbahn-beamten

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

Postbeamtenkrankenkasse

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

Beteiligte Einrichtungen außerhalb des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.:

CSS Versicherung AG

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

Krankenversorgung der Europäischen Zentralbank Administration

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

Weitere Anlaufstellen für Versicherte:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bankenaufsicht und Versicherungsaufsicht –

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

Bundesversicherungsamt (für die gesetzliche Krankenversicherung)

Friedrich-Ebert-Allee 8
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

Statut für den Ombudsmann

Zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen und ihren Versicherten hat der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. eine Ombudsmannstelle für Angelegenheiten der privaten Krankenversicherung eingerichtet. Die Ombudsstelle ist auch für Beschwerden von Bürgern gegen Versicherungsvermittler zuständig, soweit es sich um die erfolgte oder versuchte Vermittlung von privaten Kranken- und Pflegeversicherungen handelt, sowie für Streitigkeiten mit Versicherungsberatern im Zusammenhang mit dem Zustandekommen von Versicherungsverträgen. Für die Tätigkeit der Ombudsstelle gilt das folgende Statut.

§ 1 Allgemeines

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

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

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

§ 2 Aufgabe und Zuständigkeit des Ombudsmannes

(1) Der Ombudsmann hat die Aufgabe, im Fall von Beschwerden zwischen Versicherungsnehmern/Versicherten und Krankenversicherungsunternehmen (sowie in Ausnahmefällen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen) zu vermitteln und möglichst eine Versöhnung der Parteien herbeizuführen. Das gleiche gilt für Beschwerden gegen Versicherungsvermittler (Vermittlerbeschwerden) und Versicherungsberater (Beraterbeschwerden).

(2) Voraussetzung für sein Tätigwerden ist, dass der Beschwerdegegenstand sich auf eine private Kranken- oder Pflegeversicherung und die sich bei ihrer Durchführung ergebenden Fragen bezieht. Private Kranken- oder Pflegeversicherungen in diesem Sinne sind insbesondere die Krankheitskostenversicherung, die Krankenhaustagegeldversicherung, die Krankentagegeldversicherung und die Pflegekrankenversicherung einschließlich der privaten Pflegepflichtversicherung. Das betreffende Krankenversicherungsunternehmen muss Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sein. Der Ombudsmann kann nach vorheriger Rücksprache mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. auch entscheiden, andere Beschwerden zur Bearbeitung anzunehmen, sofern er nicht davon ausgehen muss, dass einer der Beteiligten die Vermittlung nicht wünscht.

(3) Der Ombudsmann behandelt eine Beschwerde nicht, wenn

- der Beschwerdegegenstand bereits bei einem Gericht anhängig ist, in der Vergangenheit anhängig war oder von dem Beschwerdeführer während des Schlichtungsverfahrens anhängig gemacht wird;
- die Streitigkeit durch außergerichtlichen Vergleich beigelegt ist;
- ein Antrag auf Prozesskostenhilfe abgewiesen worden ist, weil die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine Aussicht auf Erfolg bietet;

Statut für den Ombudsmann

- die Angelegenheit bereits Gegenstand eines Verfahrens bei einer anderen Ombudsmannstelle oder ähnlichen Einrichtung oder der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (ehemals BAV) war oder während der Behandlung durch den Ombudsmann dort anhängig gemacht wird.

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

§ 3 Beschwerdeführer

(1) Die in § 2 genannten Beschwerden können durch natürliche Personen, die einen Versicherungsvertrag bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen unterhalten, das Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e.V. ist, in Bezug auf ein bestehendes oder beendetes Versicherungsverhältnis eingereicht werden. Beschwerden können auch versicherte Personen in einer Gruppenversicherung in Bezug auf diese Versicherung einlegen. Beschwerden gegen Vermittler können nur behandelt werden, wenn nachgewiesen wird, dass es sich um eine erfolgte oder versuchte Vermittlung von privaten Kranken- oder Pflegeversicherungen handelt. Beschwerden gegen Versicherungsberater können nur behandelt werden, wenn es sich um eine erfolgte oder versuchte Beratung im Zusammenhang mit der Vermittlung von privaten Kranken- und Pflegeversicherungen handelt.

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

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

§ 4 Form, Vertretung, Kosten

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

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

(3) Die Behandlung von Beschwerden durch den Ombudsmann ist für die Beteiligten kostenlos. Kosten, die den Parteien im Rahmen des Beschwerdeverfahrens, z. B. durch Einschaltung eines Rechtsanwalts oder durch Reisen entstehen, sind von ihnen selbst zu tragen. Bei Vermittler- und Beraterbeschwerden kann die Ombudsstelle in begründeten Fällen von dem Vermittler oder Berater eine Aufwandsentschädigung verlangen, die 50 Euro nicht übersteigt.

Statut für den Ombudsmann

§ 5 Fristen, Verjährung

(1) Die Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Ombudsmann beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit dem Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers auf die Beschwerde, falls eine Entscheidung nicht erfolgt ist, sechs Wochen nach Einlegung der Beschwerde bei dem Versicherungsunternehmen.

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

§ 6 Verfahrensgrundsätze

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

§ 7 Einigung, Entscheidung

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

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

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

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

§ 8 Amtsausübung

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

§ 9 Geheimhaltungspflicht und Datenschutz

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

Statut für den Ombudsmann

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

§ 10 Amtszeit und Vertretung

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

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

§ 11 Information der Öffentlichkeit

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

(2) Der Ombudsmann berichtet innerhalb von sechs Monaten nach Ende des Kalenderjahres schriftlich und in strukturierter Form über seine Tätigkeit in diesem Jahr und die dabei gewonnenen Erfahrungen.

§ 12 Finanzierung

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

§13

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

Ombudsmann
Private Kranken- und Pflegeversicherung: Dr. Helmut Müller
Kronenstraße 13 · 10117 Berlin
Telefon: 0 18 02 - 55 04 44 · Telefax: 0 30 - 20 45 89 31
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

