

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht 2017

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht **2017**

Inhalt

Vorwort	2
I. Die Schlichtungsstelle	7
II. Organisation und Verfahren	11
Verfahrensgarantien.....	17
III. Statistik	19
1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens.....	20
2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung.....	28
IV. Ausgewählte Beschwerdethemen	31
1. Gebührenstreitigkeiten GOÄ.....	32
2. Beitragsanpassung.....	33
3. Tarifwechsel.....	36
4. Pflegestärkungsgesetz II.....	37
V. Beispielfälle	41
1. Keine Bagatelle.....	42
2. Verhaltensbonus.....	43
3. Gebührenstreitigkeit: Abtretung einer Forderung.....	44
4. Zahnbehandlung oder Zahnersatz.....	45
5. Kulanz für einen Schutzhelm.....	46
6. Aktivierung einer Anwartschaftsversicherung.....	46
7. Material- und Laborkosten.....	48
8. Stationäre Wahlleistung eine Frage der Wahl.....	49
9. Absoluter und behandlungsbezogener Selbstbehalt.....	50
VI. Sonstiges	53
1. Fachlicher Austausch.....	54
2. Hinweise auf strukturelle Hindernisse.....	54
3. Online-Streitbeilegung.....	54
VII. Anhang	57
1. Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung.....	58
2. Mitgliedsunternehmen.....	66
3. Weitere Anlaufstellen für die Versicherten.....	73
4. Kontaktdaten.....	74

Vorwort

Dieser Bericht des Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung legt Rechenschaft über seine Tätigkeit im Jahr 2017 ab. Es ist das erste vollständige Berichtsjahr als anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle nach dem 2016 in Kraft getretenen Gesetz über die alternative Streitbeilegung in Verbrauchersachen (Verbraucherstreitbeilegungsgesetz – VSBG).



Das neue Gesetz hatte schon im Jahr 2016 für die Schlichtungsstelle eine nicht unerhebliche Änderung und auch Erweiterung ihrer Arbeitsabläufe mit sich gebracht. Nach umfangreichen Vorbereitungen wurde ab August für einen längeren Zeitraum – auch bis ins Jahr 2017 hinein – parallel nach alten und neuen Regeln gearbeitet.

Hervorzuheben ist, dass die Quote der Schlichtungen, in denen eine Einigung zwischen den Parteien möglich war, sich nach der Anpassung des Verfahrens kaum verändert hat und im Jahr 2017 bei knapp über 27% lag.

Nach einem leichten Anstieg im Jahr 2016 gegenüber den Vorjahren hat sich das Beschwerdeaufkommen in 2017 erneut erhöht – und zwar um 10,3% auf 6.708 Schlichtungsanträge. Das dürfte schon alleine darauf zurück zu führen sein, dass das neue Gesetz die Unternehmen verpflichtet, die Versicherten über den PKV-Ombudsmann als Verbraucherschlichtungsstelle zu informieren. Zudem müssen die Versicherungsunternehmen konkret auf die Beschwerdemöglichkeit beim PKV-Ombudsmann hinweisen, sobald ein Konflikt nicht zwischen den Parteien selbst geklärt werden kann. Eine weitere Ursache des Zuwachses liegt darin, dass nun auch Doppel-Beschwerden möglich sind. So hatte der Ombudsmann in den Vorjahren Schlichtungsanträge nicht angenommen, wenn parallel die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) angerufen wurde. Dies hat der Gesetzgeber aber nunmehr zugelassen.

Auch sah das alte Schlichtungsverfahren als Voraussetzung vor, dass sich der Versicherte zumindest einmal beim Unternehmen

selbst beschwert haben musste, bevor er sich an den Ombudsmann wenden konnte. Das war durchaus sinnvoll, denn damit hatten die Versicherer Gelegenheit, die Entscheidung noch einmal zu überprüfen. Nunmehr ist es nach neuer Rechtslage schon ausreichend, wenn der Versicherte seinen Anspruch überhaupt gegenüber dem Unternehmen geltend gemacht hat.

Durch diese vom Gesetzgeber vorgesehenen Erweiterungen des Schlichtungsverfahrens hat sich der Anteil der Anträge, die aufgrund fehlender Verfahrensvoraussetzungen nicht angenommen werden konnten, gegenüber den Vorjahren von 25–30% auf rund 15% deutlich reduziert. Die Zahl der tatsächlich zu bearbeitenden Fälle hat sich entsprechend erhöht. Der PKV-Verband als finanzieller Träger der Schlichtungsstelle hat daraufhin eine Verstärkung des Personals durchgeführt.

Auch unter Berücksichtigung der gestiegenen Anzahl der Beschwerden gilt wie in den Vorjahren weiterhin die Feststellung, dass die Beschwerdequote mit 0,015% – bezogen auf die Zahl von insgesamt über 43 Millionen Verträgen in der Krankenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherung – äußerst gering bleibt. Auf die vielfache Zahl der Abrechnungs- und Erstattungsvorgänge berechnet wäre die Quote noch wesentlich geringer. Deshalb kann auch für 2017 festgestellt werden, dass nach wie vor eine sehr hohe Zufriedenheit der Kunden mit ihrer privaten Krankenversicherung besteht und das Beschwerdemanagement der Unternehmen offensichtlich schon viele Meinungsverschiedenheiten im Sinne der Kunden auflöst. Und wie in den vergangenen Jahren kann ich wieder über eine gute und erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Versicherungsunternehmen berichten.

Auch wenn es bereits in den vergangenen Jahresberichten erwähnt wurde, sei nochmals auf das Ärgernis der Vielzahl von Gebührenstreitigkeiten hingewiesen, die an den Ombudsmann herangetragen werden. Das Verhältnis zwischen dem Versicherten und seiner Versicherung wird belastet, weil Leistungserbringer (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, Heilpraktiker, Physiotherapeut usw.) Forderungen für berechtigt halten, die der Versicherer als unbegründet oder überzogen ablehnt. Der Versicherte sitzt nach wie vor zwischen den Stühlen. Daher insbesondere auch hier noch einmal an alle Beteiligten und an die Bundesregierung als Ordnungsgeber der Appell, die Novellierung der überalterten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu einem Abschluss

zu bringen. Ärzte, Patienten, Gerichte und nicht zuletzt der Ombudsmann und seine Mitarbeiter werden es danken!

Absehbar ist, dass das Thema Pflege bei der Arbeit des Ombudsmanns in Zukunft eine steigende Bedeutung erlangen wird. Das ist bereits im Zusammenhang mit den erheblichen Änderungen bei den Begutachtungen und Einstufungen sowie Leistungen durch das Pflegestärkungsgesetz II spürbar geworden. Bei Vertrags- bzw. Leistungsänderungen und Beitragsanpassungen bei den privaten Pflege- und Pflegezusatzversicherungen greifen eine Vielzahl von Regelungen, die für die Versicherten nicht immer einfach nachvollziehbar sind.

Einen genauen Überblick über die Entwicklung des Beschwerdeaufkommens und die Verschiebungen zwischen den Beschwerdegründen finden Sie im Kapitel Statistik.

Abschließend bedanke ich mich ganz herzlich bei allen Mitgliedern meines Teams. Die fachliche Aufarbeitung und Durchdringung der zwischen Versicherten und Unternehmen strittigen Sachverhalte mit hoher Kompetenz, Sorgfalt und Fingerspitzengefühl einerseits und die routinierte und motivierte Bewältigung der umfangreichen und mit neuen Abläufen geforderten Arbeit der Geschäftsstelle andererseits sind die Garanten für eine erfolgreiche Tätigkeit unserer Schlichtungsstelle.

Berlin, im Januar 2018



Heinz Lanfermann



- I. Die Schlichtungsstelle**
- II. Organisation und Verfahren
- III. Statistik
- IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
- V. Beispielfälle
- VI. Sonstiges
- VII. Anhang

Die Schlichtungsstelle

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern auf der einen Seite und Versicherungsunternehmen bzw. Versicherungsvermittlern und Versicherungsberatern auf der anderen Seite. Die Ombudsstelle ist eine nach dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG) anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle.

Person des
Ombudsmanns

Seit dem 01.01.2014 übt Heinz Lanfermann das Amt des Ombudsmanns aus. Heinz Lanfermann war von 1996 bis 1998 beamteter Staatssekretär des Bundesministeriums der Justiz. Im Rahmen seiner langjährigen Tätigkeit als Abgeordneter des Deutschen Bundestages und des nordrhein-westfälischen Landtages war er regelmäßig auch mit den Fragen des Gesundheitswesens befasst. Bereits während seiner beruflichen Zeit als Richter hat er sich mit dem Medizinrecht beschäftigt.

Stellvertreter des
Ombudsmanns

Stellvertreter des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung ist seit Juni 2017 Professor Dr. Günter Hirsch, Ombudsmann für Versicherungen und Präsident des Bundesgerichtshofs a. D.

Aufgabe

Aufgabe des Ombudsmanns ist es, als Streitschlichter zwischen den Versicherten und den Unternehmen sowie Versicherungsvermittlern und -beratern zu vermitteln. Insbesondere erläutert der Ombudsmann den Versicherten die rechtlichen Hintergründe der jeweiligen Sachverhalte und legt seine Entscheidung transparent und verständlich dar. Dadurch trägt er dazu bei, Klarheit für die Versicherten in das komplexe Versicherungswerk zu bringen und so auch zukünftigen Streitigkeiten vorzubeugen.

FIN-NET

Der Ombudsmann ist Mitglied im FIN-NET, dem grenzüberschreitenden Beschwerdenetzwerk für außergerichtliche Streit-schlichtung 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 Versi-

cherer 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.

Im Jahr 2017 gingen beim Ombudsmann keine Anträge über das FIN-NET ein.



- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Organisation und Verfahren**
- III. Statistik
- IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
- V. Beispielfälle
- VI. Sonstiges
- VII. Anhang

Organisation und Verfahren

Sitz der
Schlichtungsstelle

Sitz der Schlichtungsstelle für die Private Kranken- und Pflegeversicherung ist Berlin. Sämtliche Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. nehmen am Ombudsmannverfahren teil. Bei seiner Schlichtungsarbeit wird der Ombudsmann derzeit von sieben Volljuristen/innen sowie von fünf Mitarbeiterinnen im Sekretariat unterstützt. Ein Verzeichnis der Mitgliedsunternehmen und sämtliche Kontaktdaten des Ombudsmanns finden sich im Anhang des Berichts.

Statut des
Ombudsmanns

Der Ablauf des Schlichtungsverfahrens ist im Einzelnen in dem Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung geregelt.

Das aktuelle Statut ist im Anhang abgedruckt und kann auf der Internetseite www.pkv-ombudsmann.de/statut/ heruntergeladen werden.

Antragstellung

Hat ein Versicherungsnehmer Streitigkeiten mit seinem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder einem Vermittler bzw. Versicherungsberater, kann er beim Ombudsmann einen Antrag auf Streitschlichtung einreichen.

Ein Antrag ist grundsätzlich schriftlich und in deutscher Sprache einzureichen. Neben der postalischen Einsendung existiert auch die Möglichkeit, den Antrag per Fax oder online über das Beschwerdeformular auf der Internetseite des Ombudsmanns zu stellen.

Der Antragsteller hat in seinem Antrag die Streitigkeit, die geschlichtet werden soll, zu schildern und sein Beschwerdebegehren darzulegen. Dem Antrag sollten streitentscheidende Dokumente in Kopie beigefügt sein, beispielsweise die Vorkorrespondenz mit dem Versicherer, aber auch der Versicherungsschein, ärztliche Unterlagen, Krankenhaus- Entlassungsberichte u. a., soweit für den Fall relevant.

Prüfung des Antrags

Bei Eingang des Antrags wird zunächst geprüft, ob sich die eingereichte Beschwerde auf den Bereich der Kranken- und/oder Pflegeversicherung bezieht. Private Kranken- oder Pflegeversi-

cherungen in diesem Sinne sind insbesondere die Krankheitskostenversicherung, die Krankenhaustagegeldversicherung, die Krankentagegeldversicherung und die Pflegepflichtversicherung sowie die ergänzende Pflegeversicherung. Das betreffende Krankenversicherungsunternehmen muss Mitglied im Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. sein.

Beschwerden gegen Vermittler bzw. Versicherungsberater werden behandelt, wenn Beschwerdegegenstand eine erfolgte oder versuchte Vermittlung von privaten Kranken- oder Pflegeversicherungen ist bzw. wenn Beschwerdegegenstand eine Beratung im Zusammenhang mit einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist.

In Fällen der Unzuständigkeit wird die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens abgelehnt. Das ist beispielsweise der Fall, wenn die Beschwerde einen anderen Versicherungsweig oder die Gesetzliche Krankenversicherung betrifft.

Der Ombudsmann erteilt keine Auskünfte oder Ratschläge und führt auch keine Vorab-Prüfung durch.

Sofern nach der Verfahrensordnung ein Ablehnungsgrund vorliegt, lehnt der Ombudsmann die Durchführung des Schlichtungsverfahrens ab.

Ablehnungsgründe

Ein Ablehnungsgrund liegt vor, wenn der streitige Anspruch nicht zuvor beim Versicherer geltend gemacht wurde. Um eine Streitigkeit zu schlichten, muss überhaupt ein Streit vorliegen. Das ist nicht der Fall, wenn die eine Partei noch nicht einmal etwas von dem Anliegen der anderen Partei weiß. Der Versicherte muss sich daher zunächst an den Versicherer gewandt und mit diesem auseinandergesetzt haben.

Auch liegt ein Ablehnungsgrund vor, wenn die Streitigkeit bereits beigelegt ist; in diesem Fall besteht kein Anlass für eine Streitschlichtung.

Abgelehnt wird ein Schlichtungsverfahren, wenn der Beschwerdegegenstand bereits durch ein Gericht in der Sache entschieden wurde oder bei einem solchen anhängig ist. Eine Ausnahme besteht dann, wenn das Gericht zur Durchführung des Schlichtungsverfahrens beim Ombudsmann das Ruhen des Gerichtsverfahrens angeordnet hat.

Der Ombudsmann lehnt ein Verfahren ab, wenn ein Antrag auf Prozesskostenhilfe abgewiesen worden ist, weil die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine Aussicht auf Erfolg bietet.

Ein Schlichtungsverfahren findet ferner nicht statt, wenn die Angelegenheit bereits Gegenstand eines Verfahrens bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle war oder ist.

In Bagatellsachen (Streitwert bis zu 50 Euro) wird der Ombudsmann nicht tätig.

In einigen Fällen stellt sich erst nach Benachrichtigung des Antragsgegners heraus, dass ein Schlichtungsverfahren nicht durchgeführt werden kann. Das ist beispielsweise der Fall, wenn der Anspruch bei Antragstellung bereits verjährt war und der Antragsgegner sich mit seiner Stellungnahme auf die Verjährung beruft.

Eingangsbestätigung

Über den Eingang seines Antrags und darüber, ob dieser angenommen oder abgelehnt wird, wird der Antragsteller mit einer Eingangsbestätigung umgehend per Post informiert. Der Antragsteller erhält zusätzlich ein Merkblatt mit Informationen zum Ombudsmannverfahren und dem Statut.

Weiterleitung des Antrags

Wird der Antrag zur Bearbeitung angenommen, leitet der Ombudsmann diesen an den Antragsgegner weiter und bittet diesen um Stellungnahme und um Schilderung des Sachverhalts. Sobald die Stellungnahme eingeht, wird diese an den Antragsteller weitergeleitet, der die Möglichkeit hat, sich hierzu zu äußern.

Beiden Parteien wird somit im Rahmen des Schlichtungsverfahrens rechtliches Gehör gewährt.

Prüfung und Entscheidung

Der Ombudsmann unterbreitet einen Schlichtungsvorschlag oder schließt das Verfahren innerhalb von 90 Tagen nach Vorliegen der vollständigen Beschwerdeakte. Die Beschwerdeakte ist vollständig, wenn die Stellungnahmen beider Parteien und alle erforderlichen Informationen zum Sachverhalt vorliegen.

Prüfung

Anhand der jeweiligen Stellungnahmen sowie der eingereichten Unterlagen der Parteien wird der Antrag in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht geprüft. Als Grundlage für die Prüfung dienen die Gesetze, die Versicherungs- und Tarifbedingungen so-

wie die einschlägige Rechtsprechung, wobei die Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls berücksichtigt werden. In den Fällen, in denen es um eine medizinische Fragestellung geht, können im Rahmen des kostenfreien Ombudsmannverfahrens zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts keine medizinischen Gutachten Dritter eingeholt werden. Eine mündliche Anhörung der Parteien oder eine Zeugenvernehmung finden ebenfalls nicht statt.

Nach Prüfung der Sach- und Rechtslage sind folgende Entscheidungen des Ombudsmanns möglich:

Abschluss des Verfahrens

Hilft der Antragsgegner der Beschwerde vollständig ab oder unterbreitet er ein Angebot, mit dem sich der Antragsteller einverstanden erklärt, beendet der Ombudsmann das Verfahren als Einigung und übermittelt den Parteien die erforderlichen Erläuterungen in einem abschließenden Schreiben.

Einigung

Hält der Ombudsmann die Beschwerde für unbegründet, teilt er dies den Beteiligten durch ein verfahrensabschließendes Schreiben mit. Das Schreiben enthält den Sachverhalt und eine rechtliche Einschätzung. Der Ombudsmann bescheinigt einen erfolglosen Einigungsversuch nach § 15 a Absatz 3 Satz 3 des Gesetzes betreffend die Einführung der Zivilprozessordnung (EGZPO).

Nichteinigung

Hält der Ombudsmann die Beschwerde vollständig oder teilweise für begründet, unterbreitet er einen Schlichtungsvorschlag. Der Ombudsmann unterbreitet auch einen Schlichtungsvorschlag, wenn der Beschwerdegegner nur teilweise dem Beschwerdeanliegen abhilft.

Schlichtungsvorschlag

Der Schlichtungsvorschlag enthält den Sachverhalt und die rechtliche Bewertung und wird den Parteien übermittelt. Er enthält den Hinweis, dass der Vorschlag von dem Ergebnis eines gerichtlichen Verfahrens abweichen kann. Der Ombudsmann weist zudem auf die Möglichkeit hin, den Vorschlag nicht anzunehmen und die Gerichte anzurufen. Zur Annahme des Vorschlags setzt der Ombudsmann den Parteien eine angemessene Frist.

Wenn beide Parteien den Schlichtungsvorschlag annehmen, ist eine Einigung zustande gekommen und der Ombudsmann schließt das Verfahren mit diesem positiven Ergebnis ab.

Lehnen beide oder eine Partei den Schlichtungsvorschlag ab, beendet der Ombudsmann das Verfahren als Nichteinigung und stellt eine Bescheinigung über den erfolglosen Einigungsversuch gemäß § 15 a EGZPO aus. Es steht beiden Parteien dann frei, ein gerichtliches Verfahren einzuleiten.

Verfahrensgarantien

1. Unparteilichkeit

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

2. Qualifikation des Ombudsmanns

Der Ombudsmann verfügt über die Befähigung zum Richteramt oder ist zertifizierter Mediator. Weiterhin verfügt er 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 wird im Rahmen des Schlichtungsverfahrens gehemmt. Es gelten die gesetzlichen Regelungen nach § 204 Abs. 1 Nr. 4 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

4. Prüfungskompetenz

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



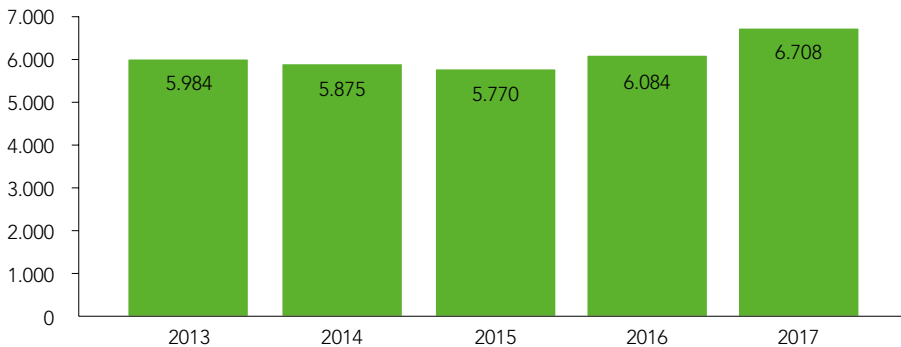
- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Organisation und Verfahren
- III. Statistik**
- IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
- V. Beispielfälle
- VI. Sonstiges
- VII. Anhang

Statistik

1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens

Im Berichtszeitraum 2017 ist die Zahl der Schlichtungsanträge erneut gestiegen. Insgesamt gingen beim Ombudsmann 6.708 Schlichtungsanträge ein und damit 10,3% bzw. 624 Anträge mehr als 2016. Einen Überblick über die Beschwerdeentwicklung in den vergangenen fünf Jahren bietet die nachfolgende Grafik.

Beschwerdeaufkommen in den letzten fünf Jahren



Unter Berücksichtigung der knapp über 43 Millionen bestehenden Verträge¹ in der Krankenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherung, für die der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung zuständig ist, errechnet sich eine Beschwerdequote von rund 0,015%. Heruntergebrochen auf die einzelnen Leistungsfälle pro versicherte Person wird diese Zahl noch weitaus kleiner. Weiter ist zu berücksichtigen, dass sich einige Beschwerden gar nicht auf die Private Krankenversicherung bezogen und bereits aus diesem Grund unzulässig waren.

Die geringe Beschwerdequote macht deutlich, dass die Versicherten in der Privaten Krankenversicherung größtenteils mit ihrer Krankenversicherung zufrieden sind.

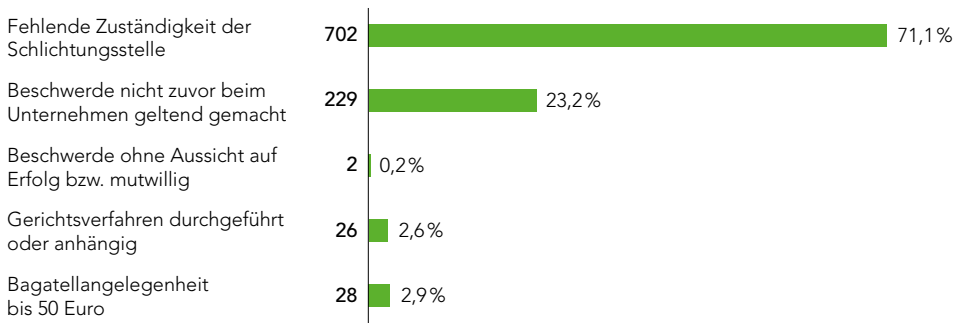
1 Stand: 30.04.2017

Von den im Berichtsjahr eingegangenen Schlichtungsanträgen waren 5.723 und damit 85,3% zulässig.

Im Jahr 2017 wurden Anträge 987 nicht zur Bearbeitung angenommen, das entspricht 14,7%. Allerdings können bislang abgelehnte Anträge auch nachträglich noch angenommen werden, wenn die Voraussetzungen nachgewiesen werden.

Die abgelehnten Anträge verteilen sich auf folgende Ablehnungsgründe:

Ablehnungsgründe 2017



Die Zahl der von der Schlichtungsstelle zu bearbeitenden Schlichtungsanträge hat sich aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des VSBG deutlich erhöht. Ein Vergleich mit den Vorjahren zeigt, dass sich der Anteil der unzulässigen Anträge nahezu halbiert hat. Diese Entwicklung hat sich bereits im Jahr 2016 abgezeichnet, nachdem das Schlichtungsverfahren zum 01.08.2016 umgestellt wurde.

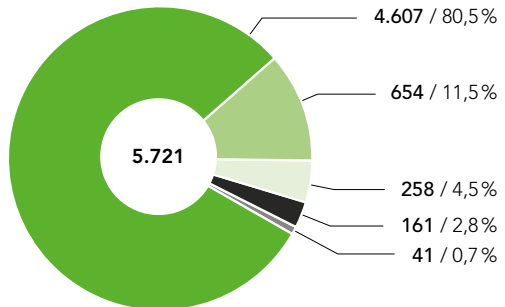
Vorher sah das Schlichtungsverfahren vor, dass sich der Antragsteller zumindest einmal beim Unternehmen selbst beschwert haben musste, um sich an den Ombudsmann wenden zu können. Das war durchaus sinnvoll, denn hierdurch hatten die Versicherer die Gelegenheit, die ursprüngliche Entscheidung noch einmal zu überprüfen. Nach den neuen Zulässigkeitsvoraussetzungen reicht es aus, wenn der Versicherte seinen Anspruch gegenüber dem Unternehmen lediglich geltend gemacht hat.

Auch der Umstand, dass nunmehr parallel eine Anfrage bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht in Frage kommt, erhöht die Zahl der zu bearbeitenden Fälle. Zuvor war die gleichzeitige Befassung durch die Versicherungsaufsicht ebenfalls ein Ablehnungsgrund.

358 Verfahren wurden nachträglich auf Wunsch der Antragsteller eingestellt, da sich das Beschwerdeanliegen, z. B. durch zwischenzeitliche Einigung mit dem Krankenversicherer, außerhalb des Ombudsmannverfahrens erledigt hatte.

Verteilung der zulässigen Beschwerden nach Art des Versicherungsvertrages 2017

- Krankheitskostenvollversicherung
- Zusatzversicherung
- Krankentagegeld
- Pflegepflichtversicherung
- Auslandsreisekrankenversicherung



Die Verteilung der Beschwerden auf die einzelnen Themengebiete entspricht nahezu der der vergangenen Jahre. 80,5% entfielen auf die Krankheitskostenvollversicherung, 11,5% auf Zusatzversicherungen. Bei letzteren handelt es sich überwiegend um Ergänzungsversicherungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Hier verzeichnete die Schlichtungsstelle einen leichten Anstieg gegenüber 2016 (10,8%). Dies ist insbesondere auf den Anstieg bei den Anfragen im Zusammenhang mit der Pflegeergänzungsversicherung zurückzuführen, die auch unter die Zusatzversicherungen gefasst wird. Diesbezüglich sind Fragen im Rahmen der weiteren Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II) zum 01.01.2017 aufgetreten, mit denen sich die Versicherten an den Ombudsmann wandten. Weitere Einzelheiten werden im Abschnitt VI. Ausgewählte Beschwerdethemen unter Umsetzung Pflegestärkungsgesetz II erörtert.

Erneut gesunken ist das Beschwerdeaufkommen im Bezug auf die Krankentagegeldversicherung, es liegt nun bei 4,5%.

Die bereits oben erwähnte weitere Umsetzung des PSG II hat sich selbstverständlich auch auf die Anfragen im Zusammenhang mit der Pflegepflichtversicherung ausgewirkt, so dass sich dieser Beschwerdeanteil leicht auf 2,8% erhöhte. Nach wie vor gering blieb die Quote mit 0,7% bezogen auf die Auslandsreisekrankenversicherung.

Krankheitskostenvollversicherung

Unverändert haben sich die Versicherten im Jahr 2017 am häufigsten mit Fragen hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit einzelner Behandlungsmaßnahmen an den Ombudsmann gewandt (20,7%). Darunter fallen alle Beschwerden, die sich auf die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlungen und Krankenhausaufenthalten beziehen. Hierunter zählen im Ergebnis aber auch die Beschwerden im Zusammenhang mit Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln (insgesamt 11,7%). Versicherungsschutz besteht nach den Versicherungsbedingungen, wenn die Maßnahmen „medizinisch notwendig“ und im vereinbarten Versicherungsumfang enthalten sind. Was medizinisch notwendig ist, lässt sich immer nur im Einzelfall klären, und der Ombudsmann ist – da es sich um eine medizinische Frage handelt – auf eine summarische Prüfung beschränkt. In den zurückliegenden Jahren ist die Zahl der Beschwerden zu diesem Themenkomplex unverändert hoch. Dies mag auch daran liegen, dass die Versicherer eingereichte Rechnungen aufgrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen insgesamt kritischer prüfen und immer häufiger über die Frage der medizinischen Notwendigkeit diskutiert werden muss.

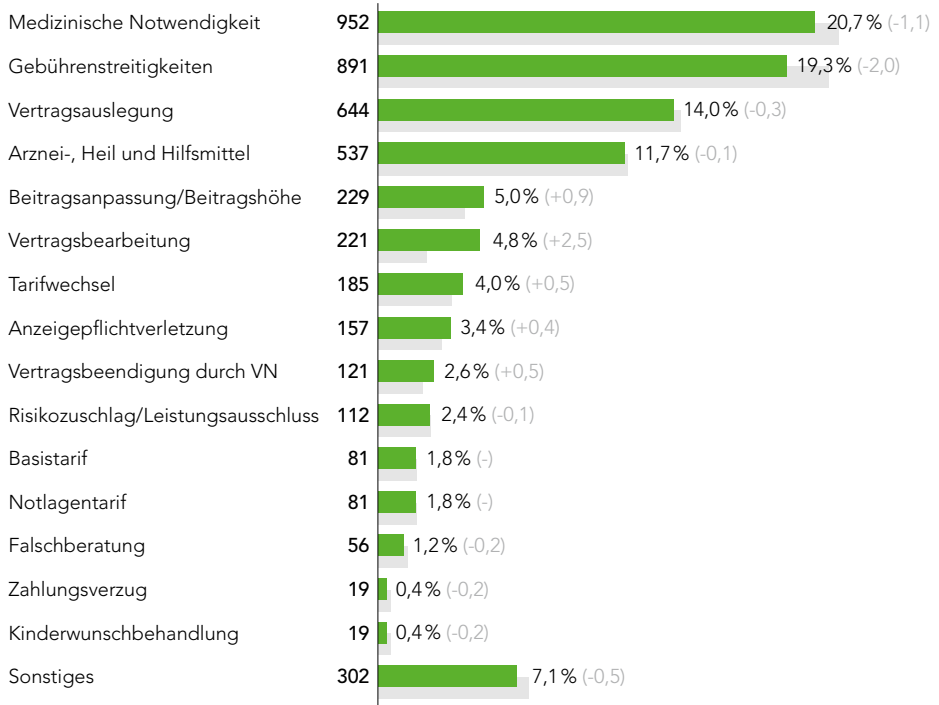
Medizinische
Notwendigkeit

Im Berichtszeitraum wurden am zweithäufigsten Anträge im Zusammenhang mit Gebührenstreitigkeiten an den Ombudsmann herangetragen (19,3%). Als Grund sieht der Ombudsmann die konsequenten Rechnungsprüfungen der Unternehmen und die oftmals uneinheitlichen Auffassungen zu den einzelnen Abrechnungsmodalitäten. Nach der letzten Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zum 01.01.2012, dauern die Vorarbeiten zwischen der Privaten Krankenversicherung und der Bundesärztekammer über eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an. Da die Überarbeitung noch nicht abgeschlossen ist, gilt für die ärztlichen Abrechnungen weiterhin die bisherige GOÄ. Un-

Gebühren-
streitigkeiten

Verteilung der Beschwerdethemen 2017 (Veränderung zum Vorjahr)

Insgesamt in der Krankheitskostenvollversicherung: **4.607** (80,5%)



ter Verweis darauf, die aktuelle GOÄ sei überaltert, wird oftmals argumentiert, dass diese die ärztlichen Leistungen nicht mehr angemessen honoriere. Allerdings ist es dem Gesetzgeber vorbehalten, eine neue GOÄ zu erlassen. Daher sind bis zu einer Aktualisierung die derzeit gültigen Vorgaben einzuhalten. Auch sind den Unternehmen zur Wahrung der Beitragsstabilität und der Gleichbehandlung der Versicherten eine großzügige Erstattung von Arztrechnungen oder Kulanzleistungen häufig nicht möglich.

Vertragsauslegung

Leicht reduziert haben sich die Anträge, die sich auf die Auslegung und Anwendung der Versicherungsbedingungen beziehen (14,0%). Der Umfang des Versicherungsschutzes wird über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife einschließlich der Tarifbedingungen definiert. Da sich die Leistungs-

voraussetzungen in der Privaten Krankenversicherung nach dem individuell vereinbarten Versicherungsschutz richten, kommt es hier oft zu Auslegungsfragen bei den Versicherungsbedingungen.

Eingaben, mit denen sich die Versicherten gegen Beitragsanpassungen ihres Versicherers wenden, sind im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (5,0%). Einen Überblick gibt der Abschnitt zu den Beitragsanpassungen im Kapitel der ausgewählten Beschwerdethemen.

Beitragsanpassungen

Nahezu konstant sind die Beschwerdezahlen im Zusammenhang mit Tarifwechseln (4,0% gegenüber 3,5% im Jahr 2016). Ein Tarifwechsel ist für die Versicherten bedeutsam, da dies eine Möglichkeit ist, das Preis-Leistungs-Verhältnis zu beeinflussen. Jedoch ist eine Reduzierung der Beitragslast oftmals nur über eine Reduzierung des Versicherungsschutzes zu erreichen.

Tarifwechsel

In diesem Zusammenhang sind die Tarifwechsel-Leitlinien des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zu berücksichtigen, die zum 01.01.2016 von einem Großteil der Unternehmen der Privaten Krankenversicherung umgesetzt worden sind. Allerdings beziehen sich nicht alle Beschwerden beim Ombudsmann auf die Umsetzung der Tarifwechsel-Leitlinien, sondern können auch andere Fragen betreffen, wie z. B. die Notwendigkeit einer neuen Gesundheitsprüfung und eines eventuell damit verbundenen Risikozuschlages.

Die geringe Beschwerdequote macht insgesamt deutlich, dass die Versicherten ihren Tarifwechselanspruch realisieren können.

Relativ gering ist der Anteil der Beschwerden aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung bei Vertragsschluss (3,4%). Eine solche liegt vor, wenn der Versicherungsnehmer im Antrag unvollständige oder falsche Angaben bspw. zu seinem Gesundheitszustand oder dem Zahnstatus gemacht hat. Die Anzeigepflicht ermöglicht es dem Versicherer, das zu versichernde Risiko im Vorfeld zu bewerten und zu entscheiden, ob die Aufnahme des Antragstellers eventuell von einem Risikozuschlag oder Leistungsausschluss abhängig gemacht oder der Antrag ganz abgelehnt werden muss. Dementsprechend knüpft das Versicherungsvertragsgesetz, abhängig vom Verschuldensgrad des Antragstellers, verschiedene Rechtsfolgen an die Verletzung der Anzeigepflicht:

Anzeigepflichtverletzung

Diese reichen von der Vertragsanpassung, d. h. einer Fortführung des Vertrages mit Risikozuschlägen oder Leistungsausschlüssen für das zu versichernde Risiko, über die Kündigung bis zu einem Rücktritt vom Versicherungsvertrag. Davon unberührt besteht das Recht des Versicherers, den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten. Da der Vorwurf einer Anzeigepflichtverletzung regelmäßig mit großen finanziellen und sozialen Folgen verbunden ist, ist ein Rückgang der Beschwerdezahlen sehr erfreulich.

Basistarif

Der Anteil der Beschwerden im Zusammenhang mit dem Basistarif beträgt unverändert 1,8%. Insbesondere bislang nicht versicherte Personen finden Versicherungsschutz in diesem brancheneinheitlichen Tarif, dessen Leistungen in Art, Umfang und Höhe mit denen der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind. Mittlerweile steht nicht mehr der Kontrahierungszwang zur Aufnahme im Basistarif im Vordergrund der Beschwerdebearbeitung, sondern die Leistungsbearbeitung, d. h. die Frage, in welchem Umfang der Versicherer zu einer Leistung verpflichtet ist.

Notlagentarif

Wiederum unverändert ist der Anteil der Anfragen im Zusammenhang mit dem Notlagentarif (1,8%). Mit Wirkung zum 01.08.2013 hat der Gesetzgeber das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung eingeführt. Hierdurch sollen Versicherte entlastet werden, die ihre Beiträge für Tarife nicht zahlen können, mit denen die Pflicht zur Versicherung erfüllt wird. Der Versicherungsschutz ist in diesen Fällen im Notlagentarif zu führen, mit dem über einen reduzierten Beitrag den Versicherten der Abbau von Zahlungsrückständen erleichtert werden soll. Im Gegenzug bietet der Notlagentarif lediglich einen reduzierten Versicherungsschutz, der Leistungen einschließt, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Mit den relativ wenigen Beschwerden ging es den Versicherten um die Klärung von Fragen zur Umstellung in den Notlagentarif sowie zum Leistungsumfang.

Zusatzversicherungen

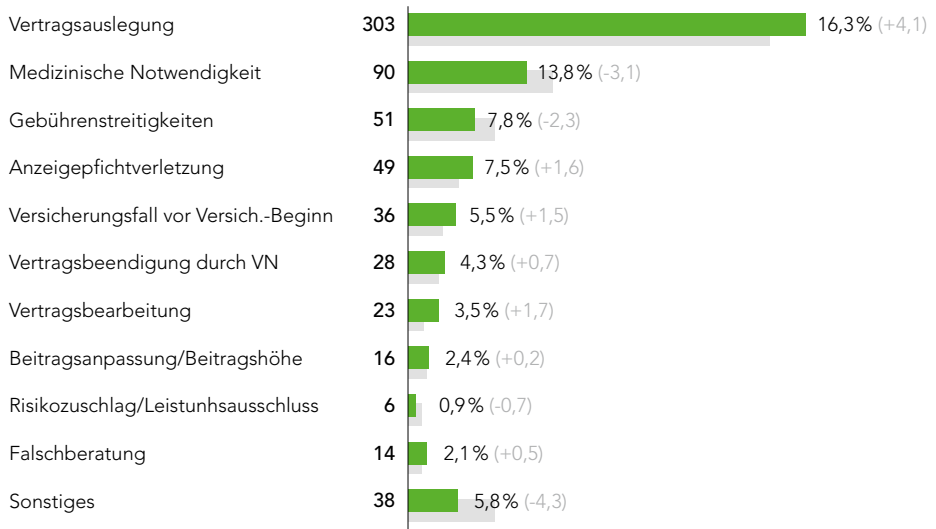
Im Jahr 2017 hat sich der Trend fortgesetzt, den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung durch eine private Vorsorge aufzustocken. Die Zahl der Zusatzversicherungen ist in den

vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. In der Vergangenheit wurde das Angebot durch die staatlich geförderte, ergänzende Pflegezusatzversicherung sogar noch erweitert, was von den Versicherten positiv angenommen wird.

Der Schwerpunkt der Beschwerden liegt mit 46,3% auf der vertragsrechtlichen Ausgestaltung. Wie bei der Krankheitskostenvollversicherung besteht zwischen den Versicherten und den Unternehmen oft Uneinigkeit, in welchem Umfang Versicherungsleistungen zu erbringen sind. Da die Zusatzversicherungen häufig Leistungen anderer Kostenträger einbeziehen, sind die einzelnen Versicherungsbedingungen teilweise sehr komplex, so dass für die Versicherten oftmals Erläuterungsbedarf besteht.

Verteilung der Beschwerdethemen 2017 (Veränderung zum Vorjahr)

Insgesamt in Zusatzversicherungen: **654** (11,5%)



Als weitere Schwerpunktthemen werden mit 13,8% wiederum Fragen zur medizinischen Notwendigkeit einzelner Behandlungsmaßnahmen sowie gebührenrechtliche Meinungsverschiedenheiten mit 7,8% an den Ombudsmann herangetragen. Die Gründe entsprechen denen in der Krankheitskostenvollversicherung.

2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung

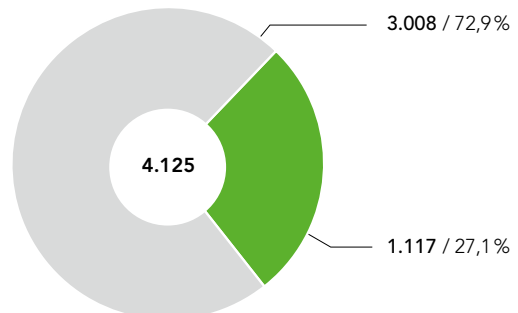
Im Jahr 2017 hat die Ombudsstelle insgesamt 4.125 Schlichtungsanträge abgeschlossen. Nicht zu diesen abschließend bearbeiteten Schlichtungsanträgen werden die abgelehnten Anträge nach § 5 Abs. 1 des Statuts bzw. § 14 Abs. 1 VSBG sowie die Verfahrenseinstellungen nach § 5 Abs. 5 des Statuts bzw. § 15 Abs. 1 VSBG gezählt. Überdies bearbeiten die Mitarbeiter des Ombudsmanns täglich rund 30 telefonische Anfragen zum Ablauf des Beschwerdeverfahrens bzw. auch zu bereits eingereichten Beschwerden. Auf diesem Weg können bereits einige Fragestellungen geklärt werden.

Im Durchschnitt hat der Ombudsmann ein Schlichtungsverfahren nach rund 19,5 Wochen ab Eingang der Beschwerde abgeschlossen. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit nach Eingang der vollständigen Beschwerdeakte betrug 8,25 Wochen. Die Vollständigkeit der Beschwerdeakte wurde jeweils von einem Juristen festgestellt.

Bei 27,1% der Abschlüsse konnte der Ombudsmann eine Einigung zwischen den Parteien erzielen. In 72,9% der Fälle war eine Schlichtung durch den Ombudsmann nicht möglich. In diesen Quoten sind auch die Ergebnisse der Schlichtungsvorschläge enthalten, von denen der Ombudsmann im Jahr 2017 insgesamt 167 ausgesprochen hat. 123 von diesen führten zu einer Einigung zwischen den Parteien, 35 wurden zumindest von einer Seite nicht angenommen und in neun Fällen erfolgte keine Rückmeldung, was im Ergebnis ebenfalls als Nichteinigung gewertet wird.

Ergebnisse der abgeschlossenen Beschwerden 2017

- Einigung im Schlichtungsverfahren
- Schlichtung nicht möglich



Die Schlichtungsquote lässt sich nicht auf bestimmte Themengebiete eingrenzen. Sie ist vielmehr, verteilt auf die Beschwerdegebiete, etwa gleich hoch, sodass keine Tendenz erkennbar ist, dass Beschwerden in bestimmten Fragen vor dem Ombudsmann erfolgsversprechender sind als andere. Ausnahmen sind Anfragen im Zusammenhang mit Beitragsanpassungen, in denen der Ombudsmann in der Regel nur Aufklärung leisten kann.

Der hohe Anteil der „erfolglosen“ Schlichtungsanträge spricht für die rechtskonforme Bearbeitung der einzelnen Krankenversicherer. Dem Ombudsmann bleibt in diesen Fällen 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 jedoch nicht zwingend, dass die Versicherten 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 Gebührenordnungen) nur schwer möglich, so dass es häufiger auf ein „Sowohl-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. Noch ausgeprägter ist die Haltung bei den Antragstellern. Sie sind häufig auch dann zufrieden, wenn sie einen Teilerfolg erzielen oder ihnen die rechtlichen Zusammenhänge in verständlicher Form erklärt werden.

Um die Tätigkeitsschwerpunkte und besondere Themen 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. Die nächste Konferenz ist im Frühjahr 2018 geplant.

Aufklärungsarbeit
des Ombudsmanns



- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Organisation und Verfahren
- III. Statistik
- IV. Ausgewählte Beschwerdethemen**
- V. Beispielfälle
- VI. Sonstiges
- VII. Anhang

Ausgewählte Beschwerdethemen

1. Gebührenstreitigkeiten GOÄ

Auch im Jahr 2017 waren Auseinandersetzungen über die richtige Auslegung der GOÄ in vielen Fällen Gegenstand einer Beschwerde beim Ombudsmann.

Die mittlerweile veraltete GOÄ bildet aufgrund des rasanten medizinischen Fortschritts und neuer Behandlungsmethoden nicht mehr den aktuellen Stand der Medizin ab; erforderlich ist zum teil die Abrechnung über Analogien. Dieser Umstand führt zu unterschiedlichen Auffassungen zwischen Ärzten und Krankenversicherern. Die Versicherten geraten zwischen diese Fronten und sind bisweilen nicht in der Lage, die oftmals komplizierten Regelungen einzuschätzen und zu bewerten. Dies führt zu einer misslichen Situation für die Versicherten. Der Ombudsmann spricht sich daher seit Jahren nachhaltig dafür aus, das Gebührenrecht zu reformieren und an den aktuellen Stand der Medizin anzupassen, damit Streitigkeiten über die richtige Auslegung vermieden werden.

Zwar steht eine Novellierung der GOÄ in Aussicht, doch die bisherige GOÄ ist nach wie vor gültig. Die bestehenden Unsicherheiten gehen somit auch weiterhin zu Lasten der Versicherten. Diese fühlen sich oftmals hilflos bei dem Versuch, eine Kostenerstattung für eingereichte ärztliche Rechnungen zu erhalten, denn nachvollziehen können sie die unterschiedlichen Auffassungen zwischen Krankenversicherer und Arzt/Abrechnungsstelle nicht.

Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens ist die Überprüfung gebührenrechtlicher Streitigkeiten oft nicht einfach, da der Ombudsmann selbst weder Arzt ist, noch über medizinische Fachkenntnisse verfügt. Zudem können im kostenlosen Ombudsmannverfahren keine kostenintensiven Gutachten eingeholt werden. Diese Vorgehensweise bleibt den Gerichten vorbehalten.

GOÄ veraltet

Unterstützung durch
den Ombudsmann

Der Ombudsmann versucht bei derartigen Streitfällen zu erreichen, dass die Krankenversicherer ihre Kunden aus der Auseinandersetzung mit dem rechnungsstellenden Arzt soweit wie möglich heraushalten. Da zwischen dem behandelnden Arzt und dem Krankenversicherer keine vertragliche Beziehung besteht, kann dies nur über eine sogenannte Abtretungserklärung erreicht werden. Durch eine solche wird der Krankenversicherer in die Lage versetzt, etwa zu Unrecht in Rechnung gestellte Kosten von dem Arzt bzw. Rechnungssteller zurück zu fordern. Dabei sollte der Arzt für Fragen hinsichtlich der Abrechnung durchaus offen sein. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird damit aus Sicht des Ombudsmanns nicht über Gebühr strapaziert.

Darüber hinaus empfehlen die Krankenversicherer den Versicherungsnehmern, den Rechnungsbetrag zunächst zurück zu stellen und erst die Kostenerstattung abzuwarten. Verbleibt es bei einem strittigen Teil, raten die Versicherer den Versicherten, diesen nicht zu zahlen und bieten gleichzeitig eine Übernahme des Prozesskostenrisikos an. Auch hierbei handelt es sich um eine Unterstützungsleistung, die der Ombudsmann begrüßt, da die Versicherten letztlich nicht mit dem finanziellen Risiko belastet werden.

2. Beitragsanpassung

Seit der Aufnahme der Tätigkeit der Schlichtungsstelle sind Beitragsanpassungen in der Krankenversicherung ein stetiges Thema. Im Berichtsjahr 2017 haben mehrere Versicherer die Beiträge anpassen müssen. Dies spiegelt sich in der Verteilung der Beschwerdethemen im Ombudsmannverfahren wider.

Die Gründe für die Notwendigkeit einer Beitragsanpassung liegen auf der Hand. Der für Versicherte wichtige und unabdingbare medizinische Fortschritt ermöglicht es, neue effektivere Behandlungs- und Operationsmethoden sowie Medikamente zu entwickeln und anzuwenden. Dieser Fortschritt hat jedoch seinen Preis und führt zu steigenden Kosten im Gesundheitswesen, insbesondere für die medizinische Versorgung im Rahmen ambulanter Behandlung und Krankenhausbehandlungen.

Medizinischer
Fortschritt

Niedrigzins

Im Jahr 2017 hatte zusätzlich die Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank (EZB) Einfluss auf die Beitragsgestaltung in der Privaten Krankenversicherung.

Die Versicherer kalkulieren bei Abschluss des Versicherungsvertrages den Anfangsbeitrag u.a. nach der bis dahin bekannten durchschnittlichen Leistungsanspruchnahme. Dabei zahlen Versicherte in jungen Jahren mehr, als sie an Kosten verursachen. Diese zusätzlichen Einnahmen werden für die höheren Ausgaben im Alter angespart. Die Versicherungsunternehmen legten sie gewinnbringend am Kapitalmarkt an. In den vergangenen Jahren konnten die Krankenversicherer durch diese Geldanlage eine gute Verzinsung erzielen. Der Erfolg basierte größtenteils auf höher verzinsten Anlagen aus früheren Jahren. Durch die Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank sind die Erträge bei jeder neuen Geldanlage heute viel geringer. Diese Entwicklung muss ebenso wie der medizinische Fortschritt und die höhere Lebenserwartung einkalkuliert werden.

Weichen die Ausgaben um mehr als 10% (einige Unternehmen ziehen diese Grenze schon in zulässiger Weise bei einem geringeren Prozentsatz) von der ursprünglichen Kalkulation ab, ist der Krankenversicherer nach den gesetzlichen Vorschriften verpflichtet, die Beiträge anzupassen. Die fehlende Möglichkeit der Versicherungsunternehmen, Zinserträge zu erwirtschaften, muss demnach durch mehr Eigenvorsorge der Versicherten, also durch eine erhöhte Beitragszahlung, ausgeglichen werden.

Viele Versicherte haben im vergangenen Jahr erfahren müssen, dass eine Anpassung nicht schrittweise erfolgt, sondern ihr Beitrag sprunghaft gestiegen ist. Der abrupte Anstieg fällt besonders stark aus, wenn infolge der Niedrigzinsphase zusätzlich der Rechnungszins gesenkt werden musste. Eine Anpassung der Beiträge ist aber erst dann möglich, wenn auch die Ausgaben für die medizinische Versorgung deutlich steigen und dies insgesamt dazu führt, dass die erforderlichen von den kalkulierten Versicherungsleistungen um mehr als 10% abweichen. Hier muss der Versicherer dann die fehlenden Zinserträge zusätzlich berücksichtigen.

Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens ist eine Überprüfung der durch die Versicherungsunternehmen erfolgten Kalkulati-

on der Beiträge nicht möglich. Dies muss einem unabhängigen Treuhänder überlassen bleiben.

Der Ombudsmann kann bei Beschwerden gegen eine Beitragsanpassung lediglich Aufklärungsarbeit leisten. Selbstverständlich werden Versicherte auf das im Falle einer Beitragserhöhung zustehende Sonderkündigungsrecht hingewiesen. In den meisten Fällen ist eine Kündigung des Versicherungsverhältnisses jedoch nicht empfehlenswert. Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens werden daher, soweit noch nicht geschehen, Tarifwechsellmöglichkeiten innerhalb des Unternehmens herausgestellt, die zu einer Beitragsreduzierung führen können, und erörtert, dass im Einzelfall ein Verzicht auf einzelne Leistungsbeiriche oder eine Erhöhung des Selbstbehaltes eine Beitragsenkung ermöglicht.

In den Fällen, in denen Versicherte die Beitragsanpassung zum Anlass nehmen, ihre Sorge um steigende Beiträge im Alter zu äußern, stellt der Ombudsmann regelmäßig die Faktoren dar, die im Alter zu einer Beitragsentlastung führen. So entfällt nach dem Erreichen des 60. Lebensjahres der von den Versicherten meist zu zahlende gesetzliche Zuschlag in Höhe von 10% des Beitrags. Dies bewirkt eine sofortige Beitragsreduzierung. Nach dem 65. Lebensjahr wird die angesparte Summe dann verwendet, um künftige Beitragsanpassungen abzumildern. Nicht verbrauchte Beiträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Beitragssenkung einzusetzen.

Eine finanzielle Entlastung im Alter bietet außerdem der Wegfall der Beiträge für die Krankentagegeldversicherung mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Für Beamte erhöhen sich die Zuschüsse des Dienstherrn zu den Krankheitskosten mit dem Eintritt in den Ruhestand. Durch diese Änderung des Beihilfebemessungssatzes ist ein geringerer Anteil für die ergänzende private Krankenversicherung aufzubringen. Entlastend wirkt sich auch der Zuschuss der Gesetzlichen Rentenversicherung aus. Denn privat versicherte Mitglieder erhalten einen Zuschuss in Höhe von 7,3% ihrer Rente, bis maximal zur Hälfte ihres Krankenversicherungsbeitrages.

Außerdem verweist der Ombudsmann auf die Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen und insbesondere auf die Hinweispflicht zur Wechsellmöglichkeit in den

Aufklärungsarbeit durch den Ombudsmann

Standardtarif. Dieser Tarif wurde für Versicherte im Rentenalter geschaffen und entspricht der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Daher darf dieser Tarif den in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlenden Höchstbeitrag nicht überschreiten.

3. Tarifwechsel

Nach der Erfahrung des Ombudsmanns nehmen Versicherte ihr Tarifwechselrecht hauptsächlich mit dem Ziel einer Beitragsreduzierung wahr. Den meisten Versicherten ist zwar bekannt, dass sie einen Anspruch auf Tarifwechsel gegenüber ihrem Krankenversicherer geltend machen können. Allerdings war dem Großteil der Beschwerden zu entnehmen, dass den Versicherten die Einzelheiten des Tarifwechselrechts nicht geläufig sind und es bei der Durchführung des Tarifwechsels zu Missverständnissen mit dem Versicherer kommen kann.

Zum 01.01.2016 traten die Tarifwechsel-Leitlinien des Verbandes Private Kranken- und Pflegeversicherung e. V. für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel in Kraft. Ein Großteil der Versicherer, die über 80% des Marktes ausmachen, ist diesen Leitlinien beigetreten. Die Leitlinien sehen unter anderem vor, dass der Versicherer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine Tarifwechselanfrage beantwortet, eine individuelle und transparente Beratung gewährleistet und eine zügige Durchführung des Tarifwechsels garantiert. Lassen sich Meinungsverschiedenheiten nicht ausräumen, weist der Versicherer ausdrücklich auf die Möglichkeit der Durchführung eines Beschwerdeverfahrens beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung hin.

Im Berichtsjahr waren die Tarifwechsel-Leitlinien nur selten Gegenstand von Beschwerdeverfahren. In Ausnahmefällen bezog sich die Beschwerde darauf, dass der Versicherer eine Tarifwechselanfrage nicht innerhalb von 15 Arbeitstagen beantwortet oder den angestrebten Tarifwechsel nicht zügig umgesetzt hätte, so wie es die Leitlinien vorsehen. Häufiger lagen den Beschwerden Irrtümer und Missverständnisse bezüglich der Einzelheiten des Tarifwechselrechts zugrunde.

Viele Versicherte haben die Vorstellung, in einen Tarif zu wechseln, der möglichst die gleichen Leistungen enthält, wie der zuvor versicherte Tarif, dies aber zu einem günstigeren Beitrag. Klarstellend weist der Ombudsmann hier zunächst darauf hin, dass es in der Krankenversicherung in der Regel keine Tarife gibt, die bei exakt gleichen Leistungen zu unterschiedlichen Beiträgen kalkuliert sind. Anders als in anderen Versicherungssparten oder Tarifen zur Strom- oder Gasversorgung unterliegt die Kalkulation der Krankenversicherungsbeiträge umfassenden gesetzlichen Regulierungen. Eine Beitragsreduzierung geht daher entweder mit einer Leistungseinbuße oder mit der Vereinbarung einer (ggf. höheren) Selbstbeteiligung einher.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass etwaige tarifimmanente Leistungseinschränkungen durchaus mit Mehrleistungen an anderer Stelle einhergehen können. Vielen Versicherten ist nicht bewusst, dass das Versicherungsunternehmen für diese Mehrleistungen im Zieltarif einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen kann.

Mehrleistungen im
Zieltarif

In allen Fällen eines Tarifwechsels weist der Ombudsmann daraufhin, dass der Tarifwechsel eine Einschränkung des Versicherungsschutzes bedeuten kann und eine spätere Rückkehr zum ursprünglichen Leistungsumfang – je nach gesundheitlicher Situation – nur unter erschwerten Bedingungen möglich sein kann.

4. Pflegestärkungsgesetz II

Den Ombudsmann erreichten viele Anfragen rund um die Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II).

Grund dafür waren die wesentlichen Änderungen, die das PSG II durch den neu eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff mit sich brachte. In Abkehr von der bisherigen verrichtungs- und zeitbezogenen Betrachtung, bei welcher es entscheidend war, wie viel Hilfe ein Mensch beim Waschen und Anziehen oder bei der Nahrungsaufnahme benötigt, erfolgt die Einstufung der Pflegebedürftigkeit nunmehr danach, wie selbständig sich jemand im Alltag versorgen kann. Mit dem neuen Verfahren ist es möglich,

den Bedarf somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger, insbesondere bei Demenzerkrankungen, besser einzuschätzen.

Formal wird die Pflegebedürftigkeit nunmehr in fünf Pflegegraden statt der bisherigen drei Pflegestufen abgebildet. Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind die bisherigen Pflegestufen mit den neuen Pflegegraden jedoch nur eingeschränkt vergleichbar. Vielmehr gestaltet sich die Einstufung in Pflegegrade anhand der oben genannten Kriterien jeweils neu. Mithilfe dieser kann beispielsweise ein Versicherter, der früher in die Pflegestufe II eingestuft worden wäre, nunmehr den Pflegegrad 3 beziehungsweise, je nach Feststellung eingeschränkter Alltagskompetenz, den Pflegegrad 4 mit den entsprechenden Leistungen erhalten. Hinzukommt, dass mit dem neuen Begutachtungssystem insgesamt mehr Menschen als pflegebedürftig eingestuft werden können. Diese erhalten daher früher und auch länger Pflegeleistungen.

Als Folge dieser Neuerungen stand den Versicherern ein Anpassungsrecht der Pflegeversicherungsbeiträge zu. § 143 Absatz 2 Sozialgesetzbuch (SGB) XI regelt insofern ein Sonderanpassungsrecht für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die technischen Berechnungsgrundlagen privater Pflegeversicherungsverträge. Gemäß § 143 Absatz 2 SGB XI ist der Versicherer berechtigt, auch für bestehende Versicherungsverhältnisse die technischen Berechnungsgrundlagen insoweit zu ändern, als die Leistungen an die Pflegegrade nach § 140 Absatz 2 SGB XI und die Prämien daran angepasst werden. Die Regelungen enthalten Vorgaben, wie die Pflegestufen auf Pflegegrade übergeleitet werden.

Mit der Umstellung wurde ein Bestandsschutz für die bisherigen Leistungsbezieher gewährleistet sowie die tariflichen Leistungen an die Überleitung der Pflegestufen auf die Pflegegrade angepasst.

Viele Versicherte hatten zu den Änderungen ihrer Versicherungsbedingungen Fragen. Der Ombudsmann erläuterte in diesen Fällen die geänderte Gesetzeslage und die damit verbundene Umsetzung sowie die notwendigen Anpassungen in der Pflegeversicherung.



- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Organisation und Verfahren
- III. Statistik
- IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
- V. Beispielfälle**
- VI. Sonstiges
- VII. Anhang

Beispielfälle aus der Ombudsmannpraxis

1. Keine Bagatelle

In Vertretung für seine Kundin wandte sich ein Versicherungsmakler an den Ombudsmann und teilte mit, dass der Versicherer mit Verweis auf eine Anzeigepflichtverletzung vom Vertrag zurück getreten war. Der Versicherer hatte nachträglich davon Kenntnis erlangt, dass die Versicherte im anzeigepflichtigen Zeitraum in ärztlicher Behandlung war.

Der Versicherungsmakler beantragte für seine Kundin, dass der Vertrag fortgeführt wird. Es sei zwar richtig, dass seine Kundin diverse Vorerkrankungen bei Antragstellung nicht angegeben hatte. Aus Sicht der Kundin hätte es sich jedoch lediglich um geringfügige Gesundheitsbeschwerden gehandelt.

Aus § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ergibt sich eine Anzeigepflicht des Antragstellers. Danach ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, bei Schließung des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, anzuzeigen. Erheblich sind die Gefahrenumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers einen Einfluss auszuüben, sei es den Vertrag überhaupt zu schließen oder mit einem entsprechenden Inhalt. Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflichten, hat der Versicherer nach § 19 VVG das Recht vom Vertrag zurückzutreten bzw. ihn zu kündigen.

In dem Antrag auf Krankenversicherung hatte der Versicherer konkrete Fragen zum Gesundheitszustand gestellt. Eine Frage lautete: „Bestanden in den letzten drei Jahren Krankheiten, Unfallfolgen, Beschwerden, Fehlbildungen oder sonstige Gesundheitsstörungen? Wenn ja, geben Sie diese bitte an, auch wenn sie als unwesentlich angesehen werden.“ Diese Frage hatte die Antragstellerin mit „Nein“ beantwortet. Da sie im anzeigepflichtigen Zeitraum wegen Beschwerden in ärztlicher Behandlung war, war diese Antwort nicht korrekt. Auch wenn der Versicherungsmakler die Beschwerden als Bagatelle darstellen wollte, konnte

sich der Ombudsmann diesem Einwand nicht anschließen. Die Beschwerden waren jedenfalls offenbar so gravierend, dass seine Kundin deswegen einen Arzt aufsuchte. Es gab sogar eine Krankenschreibung. Zudem hatte der Versicherer konkret darauf hingewiesen, dass auch solche Umstände von der Frage umfasst sind, die möglicherweise als unwesentlich eingestuft werden.

Da die Antragstellerin die Gesundheitsfragen nicht vollständig beantwortet hatte, war die Vertragsbeendigung seitens des Versicherers rechtlich nicht zu beanstanden. Der Ombudsmann konnte der Beschwerde nicht abhelfen.

2. Verhaltensbonus

Der Versicherungsschutz des Antragstellers sah einen Verhaltensbonus für das abgelaufene Kalenderjahr vor, wenn das Hausarztprinzip eingehalten wurde. Nach diesem war Voraussetzung, dass die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin, Praktischen Arzt, einen Internisten, einen Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde, für Kinderheilkunde, einen Notarzt, einen Bereitschaftsarzt oder einen Vertragsarzt des Versicherers erfolgte. Die Erstbehandlung war durch die Behandlungsrechnung oder eine Überweisung nachzuweisen.

Im maßgeblichen Jahr wurde der Antragsteller von seinem Orthopäden behandelt und zwar im September und im Oktober. Im Berichtsjahr fragte er nach dem Verhaltensbonus. Der Versicherer lehnte die Zahlung mit der Begründung ab, dass das Hausarztprinzip nicht eingehalten wurde. Die letzte Überweisung des Hausarztes zum Orthopäden erfolgte im März und eine Diagnose war nicht vermerkt. Der Versicherer bezog sich auf die Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Punkt B. Nr. 1: Als Behandlungsfall gilt für die Behandlungen derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes. Zugunsten der Versicherten hatte der Versicherer diese Regelung sogar auf einen Zeitraum von drei Monaten erweitert, um die Patienten nicht mit einer monatlich neu auszustellenden Überweisung zu belasten. Hiernach war der Behandlungsfall nach der Inanspruchnahme des Hausarztes im März zum Zeitpunkt der Behandlungen durch den Orthopäden im September und Oktober bereits beendet und eine erneute

Überweisung erforderlich. Da diese fehlte, lagen die Voraussetzungen für die Zahlung des Verhaltensbonus nicht vor.

Im Ergebnis konnte der Ombudsmann sich nicht für eine Zahlung aussprechen.

3. Gebührenstreitigkeit: Abtretung einer Forderung

Der Antragsteller wandte sich an den Ombudsmann, weil die von ihm eingereichte Arztrechnung nicht vollständig erstattet wurde. Unberücksichtigt blieb u.a. die Ziffer 75 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Diese kann grundsätzlich für einen ausführlichen schriftlichen Bericht des Arztes abgerechnet werden.

Der Versicherer lehnte eine entsprechende Erstattung ab, da er nicht erkennen konnte, welche medizinische Notwendigkeit für einen ausführlichen Befund- und Behandlungsbericht im konkreten Fall bestand. Eine einfache Befundmitteilung erfülle nicht die Voraussetzungen eines ausführlichen schriftlichen Berichts. Auch im Rahmen des Ombudsmannverfahrens blieb der Versicherer grundsätzlich bei seiner ablehnenden Haltung, da weitergehende Informationen, welche einen Ansatz der Ziffer 75 GOÄ begründen können, nicht vorgelegt wurden.

Im Zusammenhang mit gebührenrechtlichen Streitigkeiten bittet der Ombudsmann die Versicherer immer auch darum, sonstige Unterstützungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen. Sofern es bei der bisherigen Ablehnung bleibt, sollte der Versicherte dennoch nicht mit der Auseinandersetzung der Gebührenstreitigkeiten belastet werden. Denn er selbst vermag am wenigsten einzuschätzen, ob nun die Auffassung des Versicherers oder die seines Arztes zutreffend ist. Insofern bietet es sich an, dass der Austausch der unterschiedlichen gebührenrechtlichen Auffassungen direkt zwischen dem Arzt und dem Versicherer erfolgt. Zudem besteht die Möglichkeit, dass der Versicherer die streitigen Kosten an den Versicherten gegen Erteilung einer Abtretungserklärung auszahlt. So kann der Versicherer die aus seiner Sicht zu Unrecht in Rechnung gestellten Kosten von dem behandelnden Arzt zurück fordern. Der Versicherte selbst wird so aus den Abrechnungsschwierigkeiten weitestgehend herausgehalten. Das

Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird damit aus Sicht des Ombudsmanns nicht über Gebühr strapaziert. Vielmehr sollte der Arzt für Fragen hinsichtlich der Abrechnung offen sein.

In dem vorliegenden Fall bot der Versicherer dem Antragsteller an, den strittigen Betrag gegen Erteilung einer Abtretungserklärung zu zahlen. Der Antragsteller nahm das Angebot an, sodass die Streitigkeit gütlich beigelegt werden konnte.

4. Zahnbehandlung oder Zahnersatz

Die Antragstellerin unterhielt beim Versicherer eine Zahnzusatzversicherung. Der Tarif sah für Zahnbehandlungen eine vollständige Kostenerstattung vor. Für Zahnersatzbehandlungen hingegen einen Erstattungssatz von 500,00 Euro je implantiertem Zahn, wobei laut den Tarifbedingungen auch die „Vor- und Nachbehandlungen“ zu den Kosten für Implantate zählen.

Die Antragstellerin litt bereits seit 1980 an einer schweren Entzündung des Zahnbetts und des Zahnhalteapparates, einer sog. Parodontitis. Sie hatte sich mehrerer Operationen unterziehen müssen. Zuletzt wurden ihr aufgrund der Parodontitis 13 Zähne gezogen, die anschließend mit Implantaten versorgt wurden. Bei der Erstattung der Behandlung kam es zu Meinungsverschiedenheiten. Die Kosten für das Ziehen der Zähne erstattete der Versicherer nur eingeschränkt, da dies als vorbereitende Maßnahme zur anschließenden Implantatversorgung und damit als Zahnersatzbehandlung zu werten sei. Schließlich wandte sich die Versicherte an den Ombudsmann.

Der Ansicht des Versicherers widersprach der Ombudsmann mit folgender Begründung: Die Zahnentfernung war in diesem Fall getrennt von der anschließenden Implantatversorgung zu betrachten. Es ging um die Beendigung eines krankhaften Zustands im Rahmen einer Parodontosebehandlung, wobei eine anschließende Implantatversorgung nicht das primäre Behandlungsziel war. Sie stellt vielmehr eine Folgetherapie nach der Exaktion der Zähne dar.

Der Ombudsmann sprach sich daher für eine tarifliche Kostenübernahme der Zahnentfernung als Zahnbehandlung aus. Dieser Empfehlung folgte der Versicherer.

5. Kulanz für einen Schutzhelm

Die Antragstellerin beehrte von ihrem privaten Krankenversicherer die Kostenerstattung eines speziellen Schutzhelms für ihren minderjährigen, an Epilepsie erkrankten Sohn. Dieser Helm diente zur Vermeidung schwerer Verletzungen im Zusammenhang mit krankheitsbedingten Stürzen. Der Versicherer lehnte die Kostenerstattung für den Helm jedoch mit der Begründung ab, dass ein solcher nicht als versichertes Hilfsmittel im Hilfsmittelkatalog des bestehenden Versicherungsschutzes aufgeführt sei. Die Antragstellerin schaltete daraufhin den Ombudsmann ein.

Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens blieb der Krankenversicherer grundsätzlich bei seiner Auffassung, bot jedoch für eine einvernehmliche Lösung an, sich an den Kosten für den Helm in Höhe von 50% entgegenkommend zu beteiligen, wenn die Angelegenheit damit erledigt sei. Die Antragstellerin erklärte daraufhin gegenüber dem Ombudsmann ihr Einverständnis mit dieser Vorgehensweise, wenn dieser ebenfalls zu der Auffassung komme, dass sie tatsächlich keinen Anspruch auf volle Kostenerstattung des Sturzhelms aus dem Versicherungsvertrag hat.

Nach Prüfung der Sach- und Rechtslage bestätigte der Ombudsmann die Auffassung des Krankenversicherers, dass kein vertraglicher Anspruch auf Kostenerstattung des Helms aus dem Versicherungsschutz besteht und begrüßte die im Verfahren erfolgte Einigung der Parteien auf eine hälftige Kostentragung, um die Angelegenheit einvernehmlich abzuschließen.

6. Aktivierung einer Anwartschaftsversicherung

Der Versicherte wandte sich mit seinem Antrag gegen die Ablehnung der Wiederinkraftsetzung seiner in Anwartschaft geführten Krankenhaustagegeldversicherung.

Für die Dauer eines Auslandsaufenthaltes hatte der Versicherte seine Krankenhaustagegeldversicherung in eine große Anwartschaftsversicherung umgestellt. Nach den mit dem privaten Krankenversicherer vereinbarten Versicherungsbedingungen

konnte die Anwartschaftsversicherung aus bestimmten Gründen, wie z. B. einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt, vereinbart werden.

Eine Beendigung der Anwartschaft und eine Wiederinkraftsetzung der Krankenhaustagegeldversicherung waren nach den Tarifbedingungen nur dann möglich, wenn die Voraussetzungen für die Anwartschaftsversicherung entfallen.

Die Bedingungen sahen vor, dass die Krankenhaustagegeldversicherung ohne eine Risikoprüfung wieder in Kraft tritt, wenn der Wegfall der Voraussetzungen innerhalb einer Frist von zwei Monaten angezeigt und nachgewiesen wird. Vorliegend dauerte der Auslandsaufenthalt noch an. Offensichtlich plante der Versicherte nun, dauerhaft im Ausland zu leben. Eine Aktivierung der Versicherung war nach den Bedingungen daher nicht möglich. Dennoch hatte der Versicherer entgegenkommend angeboten, abweichend von dieser vertraglichen Vereinbarung, eine Wiederinkraftsetzung der Krankenhaustagegeldversicherung nach erneuter Risikoprüfung vorzunehmen.

Die Verfahrensweise des Versicherers konnte der Ombudsmann nicht beanstanden. Grundsätzlich dient eine Anwartschaftsversicherung dazu, die Rechte aus einem Versicherungsvertrag vorübergehend zu wahren. Die Anwartschaftsversicherung erlaubt daher zwar die Rückkehr in den ursprünglichen Tarif ohne eine erneute Gesundheits- bzw. Risikoprüfung.

Vorliegend waren allerdings die Voraussetzungen für eine Aktivierung des Ursprungstarifs zum Zeitpunkt des Antrages nicht erfüllt, da sich der Versicherte noch im Ausland befand. Dass der Versicherer ihm dennoch die Inkraftsetzung der Krankenhaustagegeldversicherung anbot, war als Entgegenkommen zu werten. Daher konnte der Ombudsmann es nicht beanstanden, dass der Versicherer sein Angebot mit der Bedingung einer Risikoprüfung verknüpfte. Eine Aktivierung der Krankenhaustagegeldversicherung ohne Risikoprüfung wäre nur möglich gewesen, wenn der Auslandsaufenthalt beendet gewesen und der Antragssteller den Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Voraussetzungen für die Anwartschaftsversicherung beim Versicherer angezeigt und nachgewiesen hätte.

7. Material- und Laborkosten

Ein Versicherter wandte sich an den Ombudsmann, da ihm sein Versicherer die Rechnung für eine zahnärztliche Behandlung nicht komplett erstattet hatte. Konkret ging es um Kürzungen bei den Material- und Laborkosten. Der Versicherer verwies zur Begründung für die Kürzung auf einen Leistungskatalog. Diese Vorgehensweise konnte der Antragsteller nicht nachvollziehen, da ihm Rechtsprechung kenntlich war, wonach den Versicherten Recht gegeben wurde.

Die Kosten des zahntechnischen Labors bei einer zahnärztlichen Behandlung sind immer wieder Thema im Rahmen des Ombudsmannverfahrens. Nach § 9 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) können dem Patienten neben den Gebühren für die zahnärztliche Leistung auch die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden. Tatsächlich gibt es über die Frage, wie die „angemessenen Kosten“ zu bestimmen sind, immer wieder Streit. Entsprechend gibt es verschiedene Urteile zu dieser Thematik.

Allerdings gibt es Tarife mit einem Preis-/Leistungsverzeichnis für Material- und Laborkosten (auch bspw. „Sachkostenliste“ oder „Leistungskatalog“ genannt). So auch im vorliegenden Fall. In den Tarifbedingungen hieß es, dass zahntechnische Leistungen erstattungsfähig sind, soweit sie in dem Verzeichnis für zahntechnische Leistungen enthalten sind. Die Erstattung erfolgt bis zu den darin genannten Höchstbeträgen.

Da die Sachkostenliste vertraglich vereinbart ist, ist der Versicherer auch nur zur Kostenerstattung innerhalb des Rahmens dieser Liste verpflichtet. Soweit der Versicherte höhere Preise mit seinem Zahnarzt vereinbart, bindet dies den Versicherer nicht und der Versicherte muss gegebenenfalls die Differenz als Eigenanteil tragen. Aufgrund der eindeutigen tariflichen Bestimmungen konnte sich der Ombudsmann nicht für eine weitere Kostenerstattung aussprechen. Hinzukam, dass der Antragsteller vor der Zahnbehandlung über die vertraglichen Leistungen und die Sachkostenliste durch seinen Versicherer informiert war. Im Ergebnis hatte die Beschwerde keinen Erfolg.

8. Stationäre Wahlleistung eine Frage der Wahl

Mit seinem Schlichtungsantrag ging es dem Versicherten um eine Erstattung der (Rest-)Kosten anlässlich eines stationären Aufenthaltes in einer Privatklinik. Seine gesetzliche Krankenkasse hatte bereits einen Teil der in Rechnung gestellten Kosten übernommen. Der private Krankenversicherer erstattete die gesondert berechneten Kosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer, erbrachte jedoch keine Leistungen für die von der Privatklinik für die stationäre Behandlung berechneten Fallpauschalen.

Der Versicherte konnte diese Entscheidung nicht nachvollziehen, da die vereinbarte Zusatzversicherung zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gerade die Zusatzkosten im Rahmen einer Krankenhausbehandlung abdecke. Der Ombudsmann konnte die Ablehnung der Kostenerstattung nach Prüfung der Sach- und Rechtslage nicht beanstanden.

Der vereinbarte Tarif sah vor, dass bei einer stationären Krankenhausbehandlung die neben den, durch die GKV übernommenen, Allgemeinen Krankenhausleistungen gesondert berechneten Unterkunfts- und Wahlarztkosten erstattet werden.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind gemäß § 2 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Sie umfassen insbesondere die ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Unterkunft und Verpflegung. Damit ist die medizinisch notwendige und zweckmäßige Behandlung des Patienten im Krankenhaus sichergestellt.

Wünschen Patienten eine Behandlung durch Wahlärzte (z. B. Chefarzt) und/oder eine gesonderte Unterkunft (z. B. Ein- oder Zweibettzimmer) im Krankenhaus, können sie eine gesonderte Vereinbarung über Wahlleistungen abschließen. Über die Wahlarztleistung erhält der Patient eine gesonderte Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Vorliegend wurde der Versicherte in einer reinen Privatklinik stationär behandelt, die nicht dem KHEntG unterlag.

Da die Rechnungsstellung nicht nach DRG-Fallpauschalen erfolgte und Kosten von Behandlungen in Privatkliniken grundsätzlich nicht unter die Erstattungsleistungen der GKV fallen, hatte die gesetzliche Krankenkasse des Versicherten aus der Krankenhausrechnung lediglich entgegenkommend einen Pauschalbetrag für die Allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Die Differenzkosten waren aus der Zusatzversicherung nicht erstattungsfähig. Um Wahlleistungen handelte es sich nicht.

Aufgrund der langen Vertragsdauer und vor dem Hintergrund, dass im Rahmen des Ombudsmannverfahrens nicht abschließend geklärt werden konnte, ob der Versicherte ausreichend vor Behandlungsbeginn darüber informiert wurde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch die Erstattungsstellen nicht gesichert war, wie es das Gesetz vorschreibt (§ 630c Bürgerliches Gesetzbuch), bot der Versicherer eine entgegenkommende Erstattung der offenen Kosten an. Dieses Angebot hatte der Versicherte angenommen, sodass sich die Parteien im Rahmen des Schlichtungsverfahrens gütlich einigen konnten.

9. Absoluter und behandlungsbezogener Selbstbehalt

Der Antragsteller unterhielt einen Tarif mit einer jährlichen Selbstbeteiligung von 550,00 Euro. Aufgrund einer Beitragsanpassung hatte er um einen Wechsel in einen günstigeren Tarif gebeten. Der Versicherer kam dieser Bitte nach und unterbreitete einen Tarif, der keine jährliche Selbstbeteiligung mehr vorsah. Allerdings erhob der Versicherer in dem neuen Tarif einen Leistungsausschluss in Höhe des bisherigen Selbstbehaltes. Folglich galt der in dem alten Tarif bestandene Selbstbehalt auch in dem neuen Tarif fort. Hiermit war der Versicherungsnehmer nicht einverstanden. Schließlich war in dem neuen Tarif ein sogenannter behandlungsbezogener Selbstbehalt vorgesehen, der einen Eigenteil je in Anspruch genommener medizinischer Leistung vorsah. Er wandte sich an den Ombudsmann und bat um Überprüfung, ob eine solche Vorgehensweise im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) zulässig sei.

Grundsätzlich ist der Versicherer berechtigt, im Rahmen eines Tarifwechsels u.a. einen Leistungsausschluss zu vereinbaren, sofern die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind, als in dem bisherigen Tarif. Dies ergibt sich unmittelbar aus § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Der seitens des Versicherungsnehmers gewünschte neue Tarif sah gegenüber dem alten Tarif keine absolute Selbstbeteiligung von 550,00 Euro mehr vor. Hierbei handelt es sich um eine Mehrleistung, aufgrund derer der Versicherer eine erneute Gesundheitsprüfung durchführen durfte. Im Falle des Antragstellers ergab die Gesundheitsprüfung, dass ein erhöhtes Risiko vorliegt. Die Entscheidung des Versicherers, die Selbstbeteiligung des alten Tarifs als Leistungsausschluss in den neuen Tarif zu übernehmen, war daher grundsätzlich zulässig.

Daran änderte auch das Urteil des BGH vom 12.09.2012 (Az.: IV ZR 28/12) im Hinblick auf die gleichzeitig bestehenden behandlungsbezogenen Selbstbehalte in dem neuen Tarif nichts.

In seiner Entscheidung wies der BGH darauf hin, dass behandlungsbezogene Selbstbehalte nicht gleichzeitig neben einem absoluten Selbstbehalt zum Tragen kommen dürfen. Vielmehr können die behandlungsbezogenen Selbstbeteiligungen des neuen Tarifs erst berücksichtigt werden, wenn ihre Summe den Wert der absoluten Selbstbeteiligung übersteigt.

An diese Vorgaben hat sich auch der Versicherer gehalten. Er berücksichtigte zunächst ausschließlich den aus dem alten Tarif übernommenen absoluten Selbstbehalt. Die behandlungsbezogenen Selbstbehalte des neuen Tarifs hingegen wurden lediglich im Hintergrund geführt. Erst wenn diese die Summe von 550,00 Euro (Höhe des absoluten Selbstbehaltes) übersteigen, kam der neue behandlungsbezogene Selbstbehalt zum Tragen. Der absolute und der behandlungsbezogene Selbstbehalt wurden damit im Einklang mit der Rechtsprechung des BGH nicht gleichzeitig angerechnet, sodass der Ombudsmann die Vorgehensweise des Versicherers letztlich nicht beanstanden konnte.



- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Organisation und Verfahren
- III. Statistik
- IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
- V. Beispielfälle
- VI. Sonstiges**
- VII. Anhang

1. Fachlicher Austausch

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung hat auch im Jahr 2017 den fachlichen Austausch mit dem Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV), der BaFin sowie anderen Schlichtungsstellen fortgesetzt. Im Rahmen dieser mittlerweile zur Tradition gewordenen Schlichtertreffen nahmen die jeweiligen Streitschlichter und verschiedene Mitarbeiter der Schlichtungsstellen teil, um sich konstruktiv über die Schlichtungsarbeit auszutauschen. Daneben wurde an verschiedenen Informationsveranstaltungen und Diskussionen rund um die außergerichtliche Streitschlichtung teilgenommen.

2. Hinweise auf strukturelle Hindernisse

Im Berichtszeitraum sind der Schlichtungsstelle keine Hinweise für strukturelle Hindernisse bekannt geworden.

3. Online-Streitbeilegung

Über die auf Grundlage der Verordnung über Online-Streitbeilegung (OS) in Verbraucherangelegenheiten vom 21.05.2013 eingerichteten OS-Plattform wurde dem Ombudsmann eine Beschwerde übermittelt.



- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Organisation und Verfahren
- III. Statistik
- IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
- V. Beispielfälle
- VI. Sonstiges
- VII. Anhang**

Anhang

1. Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung

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 Berufung des Ombudsmanns

(1) Es wird ein Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung berufen, nachfolgend als "Ombudsmann"¹ bezeichnet. Der Ombudsmann 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 die Befähigung zum Richteramt besitzt oder zertifizierter Mediator ist sowie über die für die Ausübung des Amtes erforderliche Befähigung und über Erfahrungen sowie allgemeine Rechtskenntnisse im Bereich der Privaten Krankenversicherung und im Gesundheitswesen verfügt. Der Ombudsmann darf in den letzten drei Jahren vor Amtsantritt nicht beim Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., einem am Verfahren teilnehmenden Mitgliedsunternehmen oder für einen Verband, der die Interessen der Versicherten der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung wahrnimmt, sowie in der Versicherungsvermittlungs- oder Versicherungsberaterbranche tätig gewesen sein. Er darf wei-

¹ Als Ombudsmann kann auch eine Frau berufen werden (Ombudsfrau). Zur besseren Lesbarkeit wird nachfolgend allein die Bezeichnung Ombudsmann verwendet.

terhin nicht in einem Beruf, der die Erbringung von Leistungen im Gesundheitswesen zum Gegenstand hat, arbeiten oder dort irgendeine Stellung bekleiden. Über Ausnahmen im Einzelfall bezogen auf Tätigkeiten gemäß Satz 3 entscheidet der Vorstand des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit dem Ombudsmann.

(3) Vor der Berufung oder Abberufung des Ombudsmanns gibt der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. anerkannten Verbraucherschutzverbänden im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Unterlassungsklagengesetz, die die Interessen von Versicherten der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung wahrnehmen, Gelegenheit, hierzu Stellung zu nehmen.

(4) Die Berufung des Ombudsmanns erfolgt für einen Zeitraum von drei Jahren. Eine bis zu zweimalige erneute Berufung für einen Zeitraum von drei Jahren ist möglich. Eine Abberufung durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. kann nur aus wichtigem Grund erfolgen, insbesondere wenn Tatsachen vorliegen, die eine unabhängige und unparteiische Ausübung der Tätigkeit als Schlichter nicht mehr erwarten lassen oder wenn der Ombudsmann nicht nur vorübergehend an der Ausübung seines Amtes gehindert ist. Der Ombudsmann soll gegenüber dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. eine Kündigungsfrist von mindestens einem Monat einhalten.

(5) Der Vorstand des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. beruft einen Stellvertreter. Für diesen gelten die Absätze 2 bis 4 entsprechend.

(6) Der Ombudsmann hat eine Geschäftsstelle. Deren Besetzung regelt er in Abstimmung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

§ 2 Unabhängige Amtsausübung

Der Ombudsmann ist in seiner Amtsausübung unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Er ist verpflichtet, Umstände, die seine Unabhängigkeit oder Unparteilichkeit beeinträchtigen können, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. unverzüglich offenzulegen. Den Parteien hat der Ombudsmann alle Umstände offenzulegen, die seine Unabhängigkeit oder Unparteilichkeit beeinträchtigen können. In einem solchen Fall darf der

Ombudsmann nur dann tätig werden, wenn die Parteien seiner Schlichtungstätigkeit ausdrücklich zustimmen.

§ 3 Aufgabe und Zuständigkeit des Ombudsmannes

(1) Der Ombudsmann hat die Aufgabe, im Fall von Beschwerden zwischen Versicherungsnehmern/Versicherten und Krankenversicherungsunternehmen 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 Pflegepflichtversicherung sowie die ergänzende Pflegeversicherung. Das betreffende Krankenversicherungsunternehmen muss Mitglied im Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. sein. Der Ombudsmann kann in Abstimmung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. auch andere Beschwerden annehmen, es sei denn, einer der Beteiligten wünscht dies nicht. Beschwerden gegen Vermittler werden behandelt, wenn Beschwerdegegenstand eine erfolgte oder versuchte Vermittlung von privaten Kranken- oder Pflegeversicherungen ist. Beschwerden gegen Versicherungsberater werden behandelt, wenn Beschwerdegegenstand eine Beratung im Zusammenhang mit einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist. Voraussetzung ist jeweils, dass das Krankenversicherungsunternehmen am Ombudsmannverfahren teilnimmt.

§ 4 Beschwerdeführer

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

(2) Ein Privates Krankenversicherungsunternehmen kann den Ombudsmann im Streitfalle um Vermittlung bitten, wenn der Versicherungsnehmer dem zugestimmt hat. § 3 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 5 Ablehnung einer Beschwerde und Verfahrenseinstellung

(1) Der Ombudsmann lehnt die Durchführung eines Streitbeilegungsverfahrens ab, wenn

- a) die Streitigkeit nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns fällt;
- b) der streitige Anspruch nicht zuvor gegenüber dem Beschwerdegegner geltend gemacht wurde;
- c) der Beschwerdegegenstand bereits durch ein Gericht in der Sache entschieden wurde oder bei einem solchen anhängig ist, es sei denn, das Gericht hat zur Durchführung des Schlichtungsverfahrens beim Ombudsmann das Ruhen des Gerichtsverfahrens angeordnet;
- d) ein Antrag auf Prozesskostenhilfe abgewiesen worden ist, weil die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine Aussicht auf Erfolg bietet;
- e) die Streitigkeit bereits beigelegt ist;
- f) der Anspruch des Versicherten bei Einlegung der Beschwerde verjährt ist und der Beschwerdegegner sich auf die Verjährung beruft;
- g) der Streitgegenstand eine Bagatellsache (Streitwert bis zu 50 Euro) darstellt;
- h) die Angelegenheit bereits Gegenstand eines Verfahrens bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle war oder ist.

(2) Der Ombudsmann informiert den Beschwerdeführer über die Ablehnung innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Antrags und erläutert die Gründe.

(3) Aus den in Absatz 1 genannten Gründen kann der Ombudsmann die weitere Bearbeitung ablehnen, wenn diese erst während des Verfahrens eintreten oder bekannt werden. Absatz 2 gilt entsprechend. Eine Ablehnung nach Absatz 1 b) ist nicht

möglich, wenn der Beschwerdegegner mit dem Verfahren einverstanden ist oder in der Sache eine Stellungnahme abgibt.

(4) Der Ombudsmann setzt das Verfahren aus, wenn der Beschwerdegegner mitteilt, dass seit der Geltendmachung des streitigen Anspruchs ihm gegenüber nicht mehr als zwei Monate vergangen sind und der Anspruch weder anerkannt noch abgelehnt wurde. Der Ombudsmann lehnt die weitere Bearbeitung ab, wenn der Beschwerdegegner den streitigen Anspruch innerhalb der zwei Monate seit Geltendmachung vollständig anerkennt. Absatz 2 gilt entsprechend. Erkennt der Beschwerdegegner den Anspruch nicht innerhalb der zwei Monate vollständig an, wird das Verfahren nach Ablauf der zwei Monate fortgeführt.

(5) Auf den Antrag des Beschwerdeführers stellt der Ombudsmann das Verfahren ein. Hierüber unterrichtet er die Parteien.

§ 6 Antragstellung – Form, Vertretung, Kosten

(1) Die Beschwerde ist in Textform einzureichen. Die Beschwerdeschrift soll eine kurze Schilderung des Sachverhalts und die für die Bearbeitung notwendigen ergänzenden Unterlagen enthalten. Mündliche Beschwerden werden grundsätzlich nicht entgegen genommen. 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 Beschwerdebearbeitung durch den Ombudsmann ist für die Beteiligten kostenlos. Kosten und Auslagen, die den Parteien im Rahmen des Beschwerdeverfahrens, z. B. durch Porto oder Beauftragung eines Bevollmächtigten entstehen, sind von ihnen selbst zu tragen.

§ 7 Verjährung

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

§ 8 Beteiligung der Parteien

(1) Hat der Ombudsmann eine Beschwerde zur Bearbeitung angenommen, ermittelt er von Amts wegen den Sach- und Streitstand. Er hat dabei auch die Parteien zu hören. Der Ombudsmann ist in der Beweiswürdigung der ihm vorliegenden schriftlichen Unterlagen frei. Die Verweigerung einer Auskunft kann bei der Beweiswürdigung berücksichtigt werden; der Ombudsmann führt keine Beweisaufnahme durch.

(2) Auf den Antrag hin fordert der Ombudsmann das Unternehmen zu einer Stellungnahme auf und setzt ihm hierfür eine Frist von in der Regel drei Wochen. In begründeten Ausnahmefällen kann diese Frist auf Antrag verlängert werden.

(3) Die Stellungnahme des Beschwerdegegners wird in der Regel an den Beschwerdeführer übermittelt, es sei denn, erhebliche Gründe sprechen dagegen.

§ 9 Verfahrensdauer

(1) Der Ombudsmann benachrichtigt die Parteien, sobald die Beschwerdeakte vollständig ist. Dies wird in der Regel angenommen, wenn die Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme hatten.

(2) Liegt die vollständige Beschwerdeakte vor, schließt der Ombudsmann das Verfahren innerhalb von 90 Tagen ab oder unterbreitet innerhalb dieser Frist einen Schlichtungsvorschlag. Bei besonders schwierigen Streitigkeiten oder mit Zustimmung der Parteien kann der Ombudsmann diese Frist verlängern. Hierüber sind die Parteien zu unterrichten.

§ 10 Verfahren

(1) Für die Beurteilung einer Beschwerde durch den Ombudsmann sind der Inhalt des Versicherungsvertrages, das Gesetzesrecht sowie die dazu ergangene Rechtsprechung maßgeblich. Der Ombudsmann soll zu jedem Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens eine gütliche Einigung der Parteien anstreben.

(2) Hilft der Beschwerdegegner der Beschwerde vollständig ab, beendet der Ombudsmann das Verfahren und übermittelt den Parteien die erforderlichen Erläuterungen in einem abschließenden Schreiben.

(3) Hilft der Beschwerdegegner der Beschwerde nicht ab und hält der Ombudsmann die Beschwerde vollständig oder teilweise für begründet, unterbreitet er einen Schlichtungsvorschlag. Der Ombudsmann unterbreitet auch einen Schlichtungsvorschlag, wenn der Beschwerdegegner nur teilweise dem Beschwerdeanliegen abhilft. Den Schlichtungsvorschlag einschließlich der Begründung übermittelt der Ombudsmann den Parteien in Textform. Gleichzeitig unterrichtet der Ombudsmann die Parteien über die rechtlichen Folgen einer Annahme des Vorschlages und darüber, dass der Vorschlag von dem Ergebnis eines gerichtlichen Verfahrens abweichen kann. Er weist auf die Möglichkeit hin, den Vorschlag nicht anzunehmen und die Gerichte anzurufen. Zur Annahme des Vorschlags setzt der Ombudsmann den Parteien eine angemessene Frist. Nehmen die Parteien den Schlichtungsvorschlag an, übermittelt der Ombudsmann ihnen das Ergebnis mit den erforderlichen Erläuterungen in Textform. Für den Fall der Nichtannahme bezeichnet der Ombudsmann das verfahrensabschließende Schreiben zusätzlich als Bescheinigung über einen erfolglosen Einigungsversuch nach § 15 a Absatz 3 Satz 3 des Gesetzes betreffend die Einführung der Zivilprozessordnung in der jeweils gültigen Fassung.

(4) Hält der Ombudsmann die Beschwerde für unbegründet, teilt er dies den Beteiligten durch ein verfahrensabschließendes Schreiben mit. Absatz 3 Satz 8 gilt entsprechend.

§ 11 Geheimhaltungspflicht und Datenschutz

(1) Der Ombudsmann ist verpflichtet, die Identität Beteiligter am 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 Verarbeitung personenbezogener Daten durch den Ombudsmann erfolgt nur, soweit dies zur Ausübung seiner Tätigkeit erforderlich ist.

§ 12 Information der Öffentlichkeit

(1) Der Ombudsmann stellt dieses Statut auf Anfrage kostenlos zur Verfügung.

(2) Der Ombudsmann berichtet jährlich schriftlich und in strukturierter Form über seine Tätigkeit im abgelaufenen Kalenderjahr und die dabei gewonnenen Erfahrungen. Der Tätigkeitsbericht wird auf der Homepage veröffentlicht und auf Wunsch in Text- oder Papierform zur Verfügung gestellt.

§ 13 Finanzierung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. trägt die Kosten, die bei der Durchführung dieser Statuten entstehen. Er stellt dem Ombudsmann hierfür einen getrennten, zweckgebundenen und ausreichenden Haushalt zur Verfügung.

§ 14 Sonstiges

Im Falle einer Änderung dieses Statuts sowie der Zuständigkeit des Ombudsmanns gibt der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. anerkannten Verbraucherschutzverbänden im Sinne des § 3 Abs. 1 Nr. 1 Unterlassungsklagengesetz Gelegenheit, zu dieser Änderung Stellung zu nehmen.

2. Mitgliedsunternehmen (Stand: Ende 2017)



Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Königinstraße 28, 80802 München
 Postanschrift: Postfach 11 30,
 85765 Unterföhring
 Tel.: (089) 38 00-10 00 / Fax: (0800) 4 40 01 03
www.allianzdeutschland.de
service.apkv@allianz.de



AXA Krankenversicherung AG

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



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Theodor-Heuss-Straße 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



Barmenia Krankenversicherung a.G.

Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
 Postanschrift: 42094 Wuppertal
 Tel.: (0202) 4 38-00 / Fax: (0202) 4 38-28 46
www.barmenia.de
info@barmenia.de



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.

Theodor-Heuss-Straße 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



Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

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



Gesundheit bewegt uns.

Central Krankenversicherung AG

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



CONCORDIA

Krankenversicherungs-AG

Concordia Krankenversicherungs-AG

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

anders als andere

Debeka Krankenversicherungsverein a.G.

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

DEVK

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 AG

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.: (0800) 4 25 25 25 / Fax: (0221) 16 36-25 61
www.envivas.de
info@envivas.de

ERGO Direkt

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

Hansaallee 154, 60320 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

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



HALLESCHER

Private Krankenversicherung

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

Versicherungsgruppe

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 Spezialen 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

Aus Tradition günstig

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 27-4 27 / Fax: (0621) 4 27-9 44
 www.inter.de
 info@inter.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 VVaG REGENSBURG

**LIGA Krankenversicherung katholischer
Priester VVaG**

Friedenstraße 18, 93053 Regensburg
 Postanschrift: Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3,
 93055 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

**Mecklenburgische
KRANKENVERSICHERUNGS-AKTIEGESELLSCHAFT****Mecklenburgische
Krankenversicherungs-AG**

Platz der Mecklenburgischen 1,
 30625 Hannover
 Postanschrift: 30619 Hannover
 Tel.: (0511) 53 51-0 / Fax: (0511) 53 51-4 44
 www.mecklenburgische.de
 service@mecklenburgische.de

**münchener verein**

Zukunft. In besten Händen.

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
VERSICHERUNG****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

ottonova**ottonova Krankenversicherung AG**

Ottostraße 4, 80333 München
 Tel.: (089) 12 14 07 12
 www.ottonova.de
 support@ottonova.de

**Versicherer im
Raum der Kirchen**

Bruderhilfe · Pax · Familienfürsorge

**Pax-Familienfürsorge Kranken-
versicherung AG im Raum der Kirchen**

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

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
 Postanschrift: 65181 Wiesbaden
 Tel.: (0611) 5 33-0 / Fax: (0611) 5 33-45 00
www.ruv.de
ruv@ruv.de



SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.

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

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 07-16 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

Der Fels in der Brandung.

Württembergische Krankenversicherung AG

Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart
 Postanschrift: 70163 Stuttgart
 Tel.: (0711) 6 62-0 / Fax: (0711) 6 62-82 25 20
www.wuerttembergische.de
krankenversicherung@wuerttembergische.de

Außerordentliche Mitgliedsunternehmen:

die Bayerische

Versichert nach dem Reinheitsgebot

Bayerische Beamten Versicherung AG

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

EUROPA

VERSICHERUNG PUR.

EUROPA Versicherung AG

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

DEUTSCHE


Familienversicherung
DFV Deutsche Familienversicherung AG

Reuterweg 47, 60323 Frankfurt/Main
 Tel.: (069) 9 58 69 69 / Fax: (069) 9 58 69 58
www.dfv.ag
service@dfv.ag

janitor
Janitos Versicherung AG

Im Breitspiel 2–4, 69126 Heidelberg
 Postanschrift: Postfach 10 41 69,
 69031 Heidelberg
 Tel.: (06221) 7 09-10 00 / Fax: (06221) 7 09-10 01
www.janitos.de
info@janitos.de



**europ
 assistance**
you live we care
Europ Assistance Versicherungs-AG

Adenauerring 9, 81737 München
 Tel.: (089) 5 59 87-0 / Fax: (089) 5 59 87-1 99
www.europ-assistance.de
info@europ-assistance.de

WGV
Versicherungen
WGV-Versicherung AG

Tübinger Straße 55, 70178 Stuttgart
 Postanschrift: 70164 Stuttgart
 Tel.: (0711) 16 95-17 20 / Fax: (0711) 16 95-11 00
www.wgv.de
kundenservice@wgv.de

WÜRZBURGER | DIE VERSICHERUNG

Würzburger Versicherungs-AG

Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg
Postanschrift: Postfach 68 29, 97018 Würzburg
Tel.: (0931) 27 95-0 / Fax: (0931) 27 95-2 95
www.wuerzburger.com
info@wuerzburger.com

Weitere Teilnehmer:



Berlin Direkt
Versicherung

BD24 Berlin Direkt Versicherung AG

Potsdamer Platz 10
10785 Berlin
Tel.: (030) 896 770 110 / Fax: (030) 896 770 113
www.berlin-direktversicherung.de
info@berlin-direktversicherung.de

PBeaKK
Gesund versichert.

Postbeamtenkrankenkasse

Maybachstraße 54/56, 70469 Stuttgart
Tel.: (0711) 13 56-0 / Fax: (0711) 13 56-33 97
www.pbeakk.de
uk@pbeakk.de



Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Hauptverwaltung
Salvador-Allende-Straße 7,
60487 Frankfurt/Main
Postanschrift: Postfach 20 02 53,
60606 Frankfurt/Main
Tel.: (069) 2 47 03-1 11 / Fax: (069) 2 47 03-1 99
www.kvb.bund.de
auskunft.frankfurt@kvb.bund.de

3. Weitere Anlaufstellen für die Versicherten

Für Beschwerden gegen Versicherungsweige, die nicht der Privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind:

- **Versicherungsombudsmann**
Postfach 080632
10006 Berlin

Tel.: 0800/3696000
Fax: 0800/3699000
www.versicherungsombudsmann.de

Für Beschwerdefälle aus dem Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung:

- **Bundesversicherungsamt**
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Tel.: 0228/619-0
Fax: 0288/619-1870
www.bundesversicherungsamt.de

Für Beschwerden gegen jeglichen Versicherungsweig:

- **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)**
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
bzw. Postfach 1253, 53002 Bonn

Tel.: 0228/4108-0
Fax: 0228/4108-1550
www.bafin.de

Für Fragen zum Recht der Patientinnen und Patienten im medizinischen Versorgungsalltag:

- **Patientenbeauftragte der Bundesregierung**
Frau Ingrid Fischbach
Friedrichstr. 108
10117 Berlin

Tel.: 030/18441-3424
Fax: 030/18441-3422
www.patientenbeauftragter.de

Zur Beilegung von Finanzstreitigkeiten in den Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums:

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

4. Kontaktdaten

Herausgegeben vom
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Glinkastraße 40
10117 Berlin

Telefon: 08002 55 04 44

(kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)

Telefax: 030 20 45 89 31

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Ombudsmann

Heinz Lanfermann

Referatsleiter

Nikolai Sauer

Referenten

Stefan Brachmüller

Franziska Große

Clemens Hof

Michelle Mahlke

Sandy Stephan

Judith Vollmer

Sekretariat

Susanne Boelitz

Mirela Piplica

Cathleen Prüfig

Jana Renz

Katrin Schütz

Der Tätigkeitsbericht wird gemäß § 12 Abs. 2 des Statuts des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung veröffentlicht.

Stand: 31.01.2018

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Tel.: 08002 55 04 44

Fax: 030 20 45 89 31

www.pkv-ombudsmann.de