

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht

2012

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht 2012

Inhalt

Vorwort

I. Die Schlichtungsstelle	7
II. Organisation und Verfahren	11
III. Statistik	17
1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens	19
2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung	24
IV. Ausgewählte Beschwerdethemen	27
1. Tarifwechsel: Absoluter und behandlungsbezogener Selbstbehalt	29
2. Tarifwechsel: Erhebung von Risikozuschlägen	30
3. Vertragsbeendigung durch den Versicherer	32
4. Erstattungsfähigkeit von Lasik-Operationen	33
5. Leistungsbearbeitung: Zeit ist Geld?	34
6. Mehr Transparenz für die Versicherten	35
7. Hürdenlauf zum Basistarif?	36
V. Beispielfälle	39
VI. Anhang	51
1. Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung	53
2. Mitgliedsunternehmen	60
3. Weitere Anlaufstellen für die Versicherten	67

Vorwort

Der vorliegende Tätigkeitsbericht gibt einen Überblick über die Arbeit des Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung im vergangenen Jahr. Als ich meine Tätigkeit als Ombudsmann nach Ablauf meiner Amtszeit Ende 2010 beendete, hätte ich nicht erwartet, nochmals über die Arbeit dieser Schlichtungsstelle im Rahmen des jährlichen Tätigkeitsberichts zu informieren.



Leider verstarb zu Beginn des Berichtsjahres überraschend mein Nachfolger im Amt des Ombudsmanns, Herr Dr. Dr. h.c. Klaus Theo Schröder. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. bat mich, den Posten des Ombudsmanns kommissarisch zu übernehmen, bis ein neuer Amtsinhaber gefunden werde. Ich bin dieser Bitte gern gefolgt.

Das Jahr 2012 ist im Hinblick auf die Zahl der eingehenden Beschwerden und sonstigen Anfragen durch eine gewisse Stabilität gekennzeichnet. Zum ersten Mal seit Gründung dieser Schlichtungsstelle ist die Anzahl der Eingaben an den Ombudsmann im Vergleich zum Vorjahr leicht zurückgegangen. Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Prämienhöhungen in der Gesamtschau im Gegensatz zu einigen aufgeregten Pressemitteilungen moderat ausgefallen sind und die Versicherten im Durchschnitt vor zusätzlichen Prämienbelastungen bewahrt werden konnten.

Auch im Übrigen verlief das Berichtsjahr gemessen an den Vorjahren verhältnismäßig ruhig. Gesetzesänderungen, die die Private Krankenversicherung betrafen, gab es lediglich in einigen Bereichen. So wurden beispielsweise die Provisionen für den Abschluss von privaten Krankenversicherungen begrenzt. Dies ist ein positives Signal, denn unverhältnismäßige Provisionszahlungen können dem Image der gesamten Versicherungsbranche schaden.

Darüber hinaus trat zum 1. Januar 2012 die Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Kraft. Mit dieser wurden zahnärztliche Abrechnungsproblematiken teilweise klarstellend

geregelt. So steht beispielsweise für die professionelle Zahnreinigung nunmehr eine eigene Gebührenscheine zur Verfügung. Auch wenn sich andere Abrechnungsschwierigkeiten, wie z. B. mögliche Verstöße gegen das Zielleistungsprinzip, auch weiterhin nicht gänzlich vermeiden lassen, bleibt zu hoffen, dass sich die Beschwerdestatistik des Ombudsmanns durch die Neufassung der GOZ positiv entwickeln wird.

Der Ombudsmann ist, wie inzwischen allgemein bekannt, kein Richter sondern ein Schlichter. Das bedeutet, dass er nicht nur die Rechtslage prüft, sondern unter Beachtung der Umstände des Einzelfalles versucht, eine einvernehmliche Lösung der Streitigkeit herbeizuführen. So konnte der Ombudsmann beispielsweise in einem Fall von medizinisch nicht geklärter Sterilität erreichen, dass der Versicherer die Kosten einer künstlichen Befruchtung übernimmt.

In einem anderen Fall ging es um die Frage, ob ein Versicherer die Gewährung von Versicherungsschutz im Basistarif von der Beantwortung der Gesundheitsfragen und der Übersendung von Untersuchungsberichten abhängig machen kann. Die Tätigkeit des Ombudsmanns wurde hierbei dadurch erschwert, dass es zu dieser Thematik bereits zwei oberlandesgerichtliche Entscheidungen gibt, welche denselben Sachverhalt jedoch unterschiedlich würdigten. Nach Auffassung des Oberlandesgerichts Celle dürfe der Versicherer den Vertragsabschluss im Basistarif nicht von einer abschließenden Gesundheitsprüfung abhängig machen. Das Oberlandesgericht Köln vertrat hierzu eine gegenteilige Auffassung. Da eine höchstrichterliche Entscheidung bislang aussteht, bat der Ombudsmann den Versicherungsnehmer schnellstmöglich die geforderten Unterlagen zu übersenden. Dem Versicherer wurde nahe gelegt, dem Antragsteller möglichst unbürokratisch zum Versicherungsschutz zu verhelfen.

Eingaben an den Ombudsmann betreffen nicht nur Versicherungsunternehmen, sondern auch Vermittler. Beschwerdegegenstand ist hierbei häufig der Vorwurf der Falschberatung. Da die vom Vermittler angeforderte Stellungnahme meist den Angaben des Beschwerdeführers widerspricht, ist eine abschließende Aufklärung des Sachverhalts oft nicht möglich. Denn im Ombudsmannverfahren stehen nicht die Möglichkeiten zur Verfügung, die im Rahmen eines Rechtsstreits vor Gericht angewandt werden können.

Im Übrigen wird die Tätigkeit des Ombudsmanns auch dadurch erschwert, dass einige wenige Makler der Bitte nach einer Stellungnahme zu den erhobenen Vorwürfen nicht nachkommen. Eine Schlichtung ist dann nicht möglich. Der Ombudsmann meldet derartige Vermittler mit Zustimmung der Beschwerdeführer der jeweils zuständigen Industrie- und Handelskammer. Das Echo ist sehr bescheiden. Trotz dieser Hürden konnte einigen Versicherten jedoch im Rahmen des Ombudsmannverfahrens zu einem vollständigen oder zumindest anteiligen Ersatz des entstandenen Schadens verholfen werden.

In diesem Zusammenhang fällt weiterhin auf, dass den Versicherten der Unterschied zwischen einem Versicherungsmakler und einem Versicherungsvertreter oftmals nicht bekannt ist. Sie sind dann sehr überrascht, wenn der Ombudsmann ihnen mitteilt, dass der Makler Sachwalter des Kunden ist und das Versicherungsunternehmen für etwaige Fehler des Maklers gerade nicht haftet.

Ende 2012 sind die neuen Unisex-Tarife in der Privaten Krankenversicherung eingeführt worden. Bei diesen sind unterschiedliche Prämien allein aufgrund des Geschlechts nicht mehr zugelassen. Außerdem wurde Anfang 2013 eine neue staatlich geförderte private Pflegeversicherung („Pflege-Bahr“) auf den Markt gebracht. Es bleibt abzuwarten, ob der Ombudsmann auch in diesen Bereichen Anfragen von Versicherten erhalten wird.

Die künftige Arbeit der Schlichtungsstelle wird durch neue europarechtliche Bestimmungen beeinflusst werden. So gibt es konkrete Bestrebungen für eine Richtlinie zur alternativen Streitbeilegung (ADR-Richtlinie) sowie zu einer Verordnung über Online-Streitbeilegungen (ODR-Verordnung).

Ziel der ODR-Verordnung ist die Einrichtung einer Online-Plattform. Verbraucher und Unternehmer sollen die Möglichkeit haben, durch Ausfüllen eines in allen EU-Amtssprachen verfügbaren Online-Formulars Beschwerden einzureichen, die dann an die entsprechenden Stellen weitergeleitet werden.

Inhalt der ADR-Richtlinie werden Qualitätsstandards für existierende und noch zu schaffende Schlichtungsstellen sein. So sollen durch eine einheitliche Regelung insbesondere die Unparteilichkeit, die Transparenz, das Fachwissen sowie die Effektivität und

Fairness der Schlichtungsstellen nun auch einheitlich im europäischen Raum sicher gestellt werden.

Im Einzelnen wird festgehalten, dass die Schlichter fachkundig und unabhängig sind, die Parteien umfassend über das Verfahren informiert werden und die Öffentlichkeit beispielsweise durch Tätigkeitsberichte unterrichtet wird. Effektivität ist nach Meinung der Kommission gegeben, wenn die Schlichtungsstelle leicht zugänglich ist, das Verfahren kostenfrei oder zumindest kostengünstig ist und die Verfahrensdauer drei Monate beträgt. Von einem fairen Schlichtungsverfahren wird nun auch auf EU-Ebene erwartet, dass beide Seiten gehört werden müssen, das Ergebnis schriftlich mitgeteilt wird und die Parteien über die Rechte und Folgen der Entscheidungen informiert werden.

Die ADR-Richtlinie wird auch für den Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung von Bedeutung werden. Da die dort genannten Qualitätsstandards stets den Maßstab der Tätigkeit der Ombudsmannstelle bildeten, kann davon ausgegangen werden, dass den Anforderungen der Richtlinie bereits im Wesentlichen entsprochen wird.

Berlin, im März 2013



Dr. Helmut Müller



- I. Die Schlichtungsstelle**
- II. Organisation und Verfahren
- III. Statistik
- IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
- V. Beispielfälle
- VI. 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 Schlichtungsstelle ist als solche gemäß § 214 Versicherungsvertragsgesetz vom Bundesministerium der Justiz anerkannt.

Person des
Ombudsmanns

Das Amt des Ombudsmanns wurde von Herrn Staatssekretär a.D. Dr. Dr. h.c. Klaus Theo Schröder vom 1. Januar 2011 bis zu seinem Tod am 12. Februar 2012 ausgeübt. Bis zu einer dauerhaften Neubesetzung des Amtes erklärte sich Herr Dr. Helmut Müller bereit, die Tätigkeit übergangsweise auszuüben. Er hatte das Amt des Ombudsmanns als Nachfolger von Herrn Arno Surminski bereits in der Zeit vom 1. November 2007 bis zum Ende des Jahres 2010 inne und an Herrn Dr. Schröder übergeben. Herr Dr. Müller war bis zum Jahr 2002 Präsident des früheren Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen (heute: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht), dem er in verschiedenen Funktionen insgesamt 35 Jahre lang angehörte. Nach seinem dortigen Ausscheiden arbeitete der Jurist als Berater nationaler und internationaler Organisationen.

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 in das sich dem Laien nicht immer direkt erschließende Versicherungswerk zu bringen und so auch zukünftigen Streitigkeiten vorzubeugen.

FIN-NET

Der Ombudsmann ist Mitglied im FIN-NET, dem grenzüberschreitenden außergerichtlichen Beschwerdenetzwerk der Europäischen Kommission in Finanzdienstleistungsangelegenheiten. Es ermöglicht den Mitgliedern, Beschwerden unbürokratisch an die zuständige nationale Schlichtungsstelle weiterzuleiten. Das FIN-NET wird immer dann eingeschaltet, wenn sich die

Beschwerden gegen europäische Versicherer wenden, die nicht Mitglied im Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. 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.



- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Organisation und Verfahren**
- III. Statistik
- IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
- V. Beispielfälle
- VI. 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 an dem Ombudsmannverfahren teil. Bei seiner Schlichtungsarbeit wird der Ombudsmann derzeit von sieben Volljuristen/innen sowie von vier Mitarbeiterinnen im Sekretariat unterstützt. Ein Verzeichnis der Mitgliedsunternehmen und sämtliche Kontaktdaten des Ombudsmanns finden Sie im Anhang des Berichts.

Einreichung der Beschwerde

Eine Beschwerde muss grundsätzlich schriftlich eingereicht werden: entweder per Brief oder Fax oder online über die Internetseite des Ombudsmanns. Die Juristen stehen den Versicherungsnehmern auch telefonisch für allgemeine Informationen und Auskünfte zur Verfügung.

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

Zulässigkeitsprüfung
(§ 2 Abs. 3 des Statuts)

Im Verfahren vor dem Ombudsmann wird zunächst die Zulässigkeit der Beschwerde geprüft, bevor die materielle Beschwerdeprüfung beginnen kann.

Bei Eingang der Beschwerde wird u. a. geprüft, ob sie sich auf den Bereich der Kranken- und/oder Pflegeversicherung bezieht. Betrifft die Beschwerde einen anderen Versicherungszweig, wird sie an den dafür zuständigen Versicherungsombudsmann e.V. weitergeleitet. Darüber hinaus muss die Beschwerde innerhalb eines Jahres nach der Entscheidung des Versicherers eingereicht werden, welche Gegenstand des Beschwerdeverfahrens sein soll. Eine verspätet eingereichte Beschwerde kann nicht mehr überprüft werden. Gleiches gilt, wenn die Beschwerde bereits Gegenstand eines gerichtlichen Verfahrens oder Mahnverfahrens ist bzw. war. Auch Bagatellsachen (Streitwert bis zu 50 Euro) können im Ombudsmannverfahren nicht behandelt werden.

Ist die Beschwerde zulässig, wird sie an das jeweilige Versicherungsunternehmen mit der Bitte um Stellungnahme weitergeleitet. Richtet sich die Beschwerde (auch) gegen einen Versicherungsvermittler, wird dieser ebenfalls um eine Stellungnahme gebeten. Anhand der jeweiligen Stellungnahmen sowie der eingereichten Beschwerdeunterlagen des Beschwerdeführers wird die Beschwerde dann in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht geprüft. Als Grundlage für die Prüfung dienen die Gesetze, die Versicherungs- und Tarifbedingungen sowie die einschlägige Rechtsprechung, wobei die Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls berücksichtigt werden. Dabei sind folgende Ergebnisse möglich:

Beschwerde-
prüfung

Als Streitschlichtungsstelle wirkt der Ombudsmann auf eine gütliche Streitbeilegung hin und versucht, ein Vermittlungsergebnis zu erreichen um so einen möglichen Rechtsstreit zu vermeiden. Im Idealfall können sich beide Parteien durch einen Kompromiss einigen, welchen der Ombudsmann im Verfahren unterbreitet. In Fällen, in denen das Versicherungsunternehmen den Anspruch des Beschwerdeführers ganz oder teilweise anerkennt, teilt der Ombudsmann dem Beschwerdeführer das Ergebnis mit und erklärt die Hintergründe.

Empfehlung

Besteht auch nach Auffassung des Ombudsmanns kein Anspruch des Beschwerdeführers gegen den Versicherer und fehlt zusätzlich die Bereitschaft zu einer gütlichen Einigung, wird ihm die tatsächliche und rechtliche Situation in einem verfahrensabschließenden Schreiben erläutert.

In den Fällen, in denen es um eine medizinische Fragestellung geht, können im Rahmen des kostenfreien Ombudsmannverfahrens zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts keine kostenintensiven (Dritt-)Gutachten eingeholt werden. Hier beschränkt sich die vermittelnde Tätigkeit darauf, nochmals eine Überprüfung durch medizinische Sachverständige anzuregen oder in Härtefällen eine Kulanzlösung vorzuschlagen.

Sind der Ombudsmann und das jeweilige Versicherungsunternehmen unterschiedlicher Auffassung und kommt eine gütliche Einigung nicht zustande, spricht der Ombudsmann eine förmliche Empfehlung gemäß § 7 Abs. 1 des Statuts aus (Statut als An-

Förmliche
Empfehlung

lage zum Bericht). Den Beteiligten ist es freigestellt, diesen Schiedsspruch anzunehmen oder nicht. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die Versicherer der förmlichen Empfehlung in der Regel folgen.

Verfahrensgarantien

1. Unparteilichkeit

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

2. Qualifikation des Ombudsmanns

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

3. Verjährungshemmung

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

4. Prüfungskompetenz

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



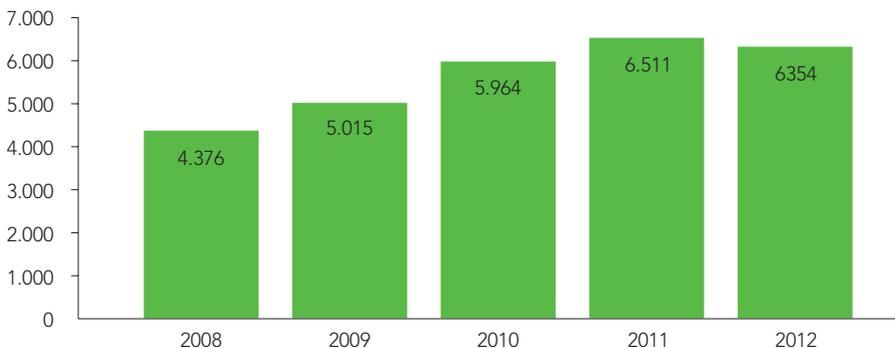
- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Organisation und Verfahren
- III. Statistik**
- IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
- V. Beispielfälle
- VI. Anhang

Statistik

1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens

Im Berichtszeitraum 2012 ist die Zahl der Beschwerden beim Ombudsmann im Verhältnis zum Vorjahr gesunken. Insgesamt erreichten den Ombudsmann 6.354 Schlichtungsanfragen und damit 2,4 Prozent weniger als 2011. Einen Überblick über die Beschwerdeentwicklung in den letzten fünf Jahren gibt die nachfolgende Grafik.

Beschwerdeaufkommen in den letzten fünf Jahren



Wenn man die insgesamt 41 Millionen Verträge¹ in der Kranken-, Zusatz- und Pflegeversicherung betrachtet, für die der Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung zuständig ist, errechnet sich eine Beschwerdequote von 0,015 Prozent. Hochgerechnet auf die einzelnen Leistungsfälle pro versicherter Person wird diese Zahl noch weitaus kleiner. Diese Quote gibt das Bild der vergangenen Jahre wieder, dass sich nur sehr wenige privat Krankenversicherte über ihre Versicherer beschweren.

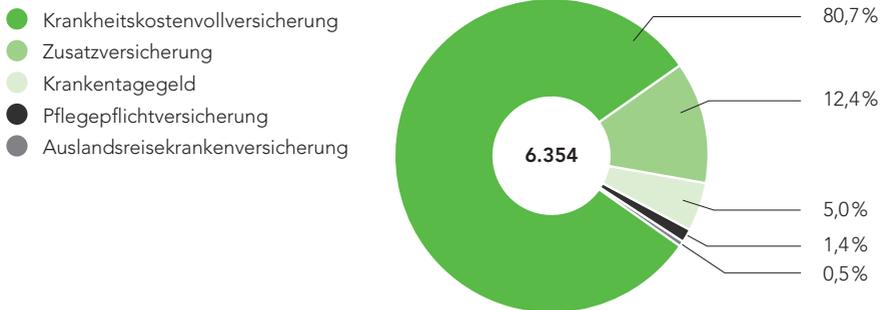
Die Institution des Ombudsmanns wird von den Versicherten als kompetente und vertrauensvolle Anlaufstelle wahrgenommen und akzeptiert. Die leicht gesunkenen Beschwerdezahlen beim

1 Stand: 30.06.2012

Ombudsmann lassen sich in erster Linie damit erklären, dass die Beiträge in der Privaten Krankenversicherung entgegen einiger Berichte in den Medien überwiegend stabil blieben und sich die Beitragsanpassungen in der Privaten Krankenversicherung zum Jahr 2013 moderat gestalteten.

Von den im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden waren 4.842 und damit 76,1 Prozent zulässig. 154 Verfahren wurden nachträglich eingestellt, da sich das Beschwerdeanliegen, z. B. durch vorherige Einigung mit dem Krankenversicherer, außerhalb des Ombudsmannverfahrens erledigt hatte.

Verteilung der Beschwerden nach Art des Versicherungsvertrages 2012



Die Verteilung der Beschwerden auf einzelne Themengebiete hat sich gegenüber den Vorjahren nicht wesentlich verändert. 80,7 Prozent entfielen auf die Krankheitskostenvollversicherung, 12,6 Prozent auf Zusatzversicherungen. Dabei handelt es sich größtenteils um Ergänzungsversicherungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Der in den vergangenen Jahren stets aufgeführte Bereich der Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht mehr gesondert dargestellt, da Beschwerden diesbezüglich sehr selten geworden sind. Diese werden jetzt in den Zusatzversicherungen mit erfasst. 5 Prozent der Eingaben entfallen auf Krankentagegeldversicherungen. Beschwerden über die Private Pflegepflichtversicherung (1,4 Prozent) und über Auslandsreisekrankenversicherungen (0,5 Prozent) werden beim Ombudsmann kaum vorgetragen. Dies ist im Hinblick auf die Vielzahl der Verträge in diesem Bereich besonders auffällig.

Verteilung des
Beschwerde-
aufkommens

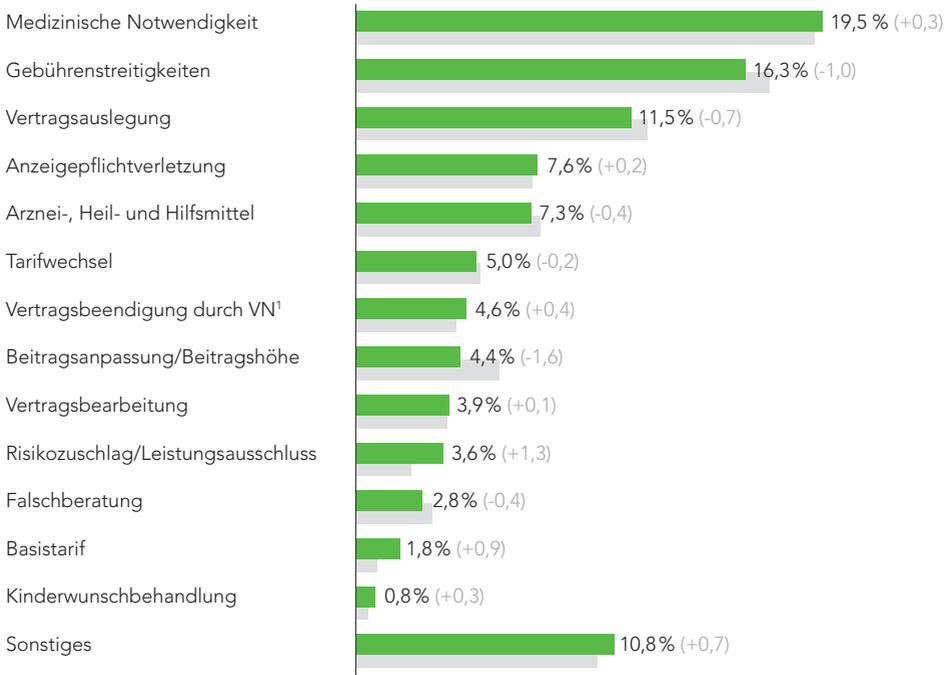
Medizinische
Notwendigkeit

Krankheitskostenvollversicherung

Den zentralen Themenkomplex innerhalb der Vollversicherung bilden nach wie vor Fragen der medizinischen Notwendigkeit einzelner Behandlungsmaßnahmen (19,5 Prozent). Darunter fallen alle Beschwerden, die sich auf die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlungen, Krankenhausaufenthalten, Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln beziehen. Versicherungsschutz besteht nach den Versicherungsbedingungen nur dann, wenn die Maßnahmen „medizinisch notwendig“ und im vereinbarten Versicherungsumfang enthalten sind. Was medizinisch notwendig ist, lässt sich immer nur im Einzelfall bestimmen, es besteht ein weites Feld mit großem Auslegungsspielraum.

Verteilung der Beschwerdethemen 2012 (Veränderung zum Vorjahr)

Insgesamt in der Krankheitskostenvollversicherung: **3.905** (80,7 %)



1 Versicherungsnehmer

Die Anzahl der Beschwerden, in denen es um die Auslegung und Anwendung der Gebührenordnungen wie der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) geht, ist leicht rückläufig (16,3 Prozent). Allgemein war in den letzten Jahren zu beobachten, dass die Versicherungsunternehmen Arztrechnungen aufgrund des ständig steigenden Kostendrucks im Gesundheitswesen sehr viel genauer prüfen als früher. Eine großzügige Handhabung der Erstattung von Arztrechnungen oder Kulanzleistungen sind zur Wahrung der Beitragsstabilität häufig nicht möglich.

Gebühren-
streitigkeiten

Von den im Jahr 2012 eingegangenen Beschwerden betrafen 7,6 Prozent eine Anzeigepflichtverletzung bei Vertragsabschluss. Eine solche liegt vor, wenn der Versicherungsnehmer im Antrag unvollständige oder falsche Angaben beispielsweise zu Fragen nach dem Gesundheitszustand bzw. zum 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 abgelehnt werden muss. Dementsprechend knüpft das Versicherungsvertragsgesetz, abhängig vom Verschuldensgrad des Antragstellers, verschiedene Rechtsfolgen an die Verletzung der Anzeigepflicht: eine Vertragsanpassung, d. h. die Fortführung des Vertrages mit Risikozuschlägen oder Leistungsausschlüssen für das zu versichernde Risiko oder gar eine Kündigung oder einen Rücktritt vom Versicherungsvertrag. Davon unberührt besteht das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten.

Anzeigepflicht-
verletzungen

Eingaben, mit denen sich die Versicherten gegen Beitragsanpassungen Ihres Versicherers wenden, sind im Vergleich zu den Vorjahren auf 4,4 Prozent zurückgegangen. Die Beiträge blieben in der Privaten Krankenversicherung zum Jahr 2013 größtenteils stabil, die Anpassungen fielen moderat aus.

Beitrags-
anpassungen

Beschwerden im Zusammenhang mit dem Basistarif haben sich im Vergleich zum Vorjahr verdoppelt (1,8 Prozent). Insbesondere bislang nicht versicherte Personen suchen Versicherungsschutz in diesem brancheneinheitlichen Tarif, dessen Leistungen in Art, Umfang und Höhe mit denen der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind. Die dem Ombudsmann vorgetragenen Streitigkeiten betreffen hier oftmals die Frage, ob ein Kontrahie-

Basistarif

Kinderwunsch-
behandlungen

rungszwang zur Aufnahme in den Basistarif besteht oder in welchem Umfang der Versicherer zur Leistung verpflichtet ist.

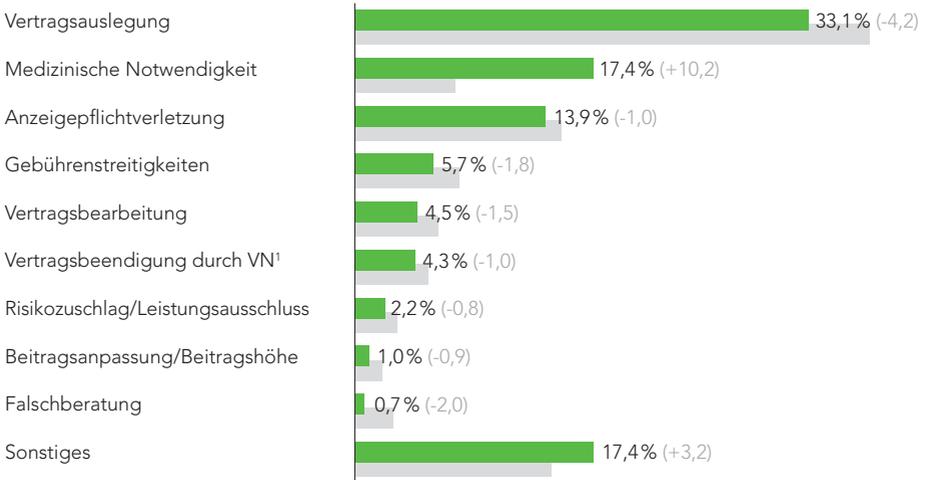
Beschwerden, mit denen Versicherungsnehmer die Übernahme der Kosten für eine künstliche Befruchtung begehren, haben im vergangenen Jahr zugenommen (0,8 Prozent gegenüber 0,5 Prozent im Vorjahr). Es besteht nach der Rechtsprechung unter bestimmten, genau definierten Voraussetzungen eine Leistungspflicht desjenigen Versicherers, bei dem der Verursacher der Kinderlosigkeit versichert ist. Dies setzt voraus, dass die Kinderwunschbehandlung vom Versicherungsschutz umfasst ist.

Zusatzversicherungen

Der Abschluss von Zusatzversicherungen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung bekunden damit ihr Bedürfnis, den gesetzlichen Leistungsumfang ergänzen und aufstocken zu wollen.

Verteilung der Beschwerdethemen 2012 (Veränderung zum Vorjahr)

Insgesamt in Zusatzversicherungen: **599** (19,3%)



1 Versicherungsnehmer

Der Großteil der Beschwerden bezieht sich hier auf die vertragsrechtliche Ausgestaltung (33,1 Prozent). Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife samt Tarifbedingungen bestimmen den Umfang des Versicherungsschutzes. Da sich die Leistungsvoraussetzungen in der Privaten Krankenversicherung, anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung, nach dem individuell vereinbarten Versicherungsschutz richten, kommt es hier oft zu Missverständnissen in der Auslegung und Anwendung der Versicherungsbedingungen.

Gerade im Bereich von Zahnzusatzversicherungen entfallen neben der Frage der Auslegung der Versicherungsbedingungen verhältnismäßig viele Beschwerden auf die Ablehnung von Kostenerstattungen mit der Begründung, der Versicherungsfall wäre vor Versicherungsbeginn eingetreten. Grundsätzlich kann Versicherungsschutz nur für Ereignisse gewährt werden, die in der Zukunft liegen und deren Eintritt ungewiss ist. Nicht versichert sind bereits eingetretene Versicherungsfälle. Andernfalls wäre es dem Versicherungsnehmer möglich, zunächst eine ärztliche Diagnose und Beratung über mögliche Behandlungsformen einzuholen, sodann eine Krankenversicherung abzuschließen und erst nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartezeit die Heilbehandlung in Anspruch zu nehmen. In einem solchem Fall ist das Risiko jedoch bereits vor Vertragsschluss eingetreten und kann nicht mehr versichert werden.

2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung

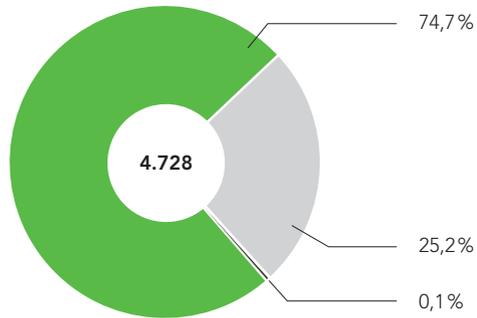
Im Jahr 2012 hat die Ombudsstelle insgesamt 4.728 Beschwerden abgeschlossen. Überdies bearbeiten die Mitarbeiter des Ombudsmanns täglich ungefähr 30 telefonische Anfragen. Auf diesem Wege können bereits einige Fragestellungen geklärt werden. Obwohl mehr Eingaben als im Vorjahr abschließend bearbeitet wurden, haben sich die Bearbeitungszeiten weiter positiv entwickelt. Der Großteil der Beschwerden hatte eine Bearbeitungszeit von maximal drei Monaten, wobei viele Eingaben – insbesondere eilbedürftige Fälle – schneller abgeschlossen wurden.

Bei 25,2 Prozent der Verfahrensabschlüsse konnte der Ombudsmann den Versicherten vollständig oder zumindest teilweise weiterhelfen. In 74,7 Prozent der Fälle war eine Unterstützung durch

den Ombudsmann nicht möglich. Im Berichtsjahr wurden sieben förmliche Empfehlungen gemäß § 7 Abs. 1 des Statuts ausgesprochen. Eine solche spricht der Ombudsmann nur dann aus, wenn der Versicherer seiner Empfehlung im Rahmen des Verfahrens nicht folgt. Insgesamt wird durch die geringe Zahl der förmlichen Empfehlungen die kompromissbereite Zusammenarbeit der Unternehmen mit dem Ombudsmann deutlich. Im Ergebnis konnten sämtliche Beschwerden mit übereinstimmender sachlicher und rechtlicher Bewertung abgeschlossen werden.

Ergebnisse der zulässigen Beschwerden 2012

- Verfahrensabschlüsse
- Empfehlungen
- Förmliche Empfehlungen



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

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

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

Die Krankenversicherer greifen hier das Ombudsmannverfahren auf und nutzen die Gelegenheit, einen vermittelnden Weg einzuschlagen und Kompromisse zu suchen, um gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und zu einem guten Einvernehmen zurückzukehren. Diese Schiedsfunktion der Ombudsstelle wird von allen Unternehmen akzeptiert. Noch ausgeprägter ist die Haltung bei den Versicherungsnehmern. Sie sind häufig zufrieden, wenn sie einen Teilerfolg erzielen oder ihnen die rechtlichen Zusammenhänge in verständlicher Sprache erklärt werden.

Um die Tätigkeitsschwerpunkte direkt mit den Versicherungsunternehmen zu besprechen, findet etwa alle zwei Jahre eine Konferenz statt, in der der Ombudsmann auf die aus seiner Sicht problematischen Sachthemen aufmerksam macht. Diese ist im vergangenen Jahr nach dem Tod von Herrn Dr. Schröder abgesagt und in das Jahr 2013 verlegt worden.



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

Ausgewählte Beschwerdethemen

1. Tarifwechsel: Absoluter und behandlungsbezogener Selbstbehalt

Im Zusammenhang mit Tarifwechseln trat im vergangenen Jahr die Frage nach der richtigen Vorgehensweise bei der Berücksichtigung der Selbstbehalte auf, wenn der ursprüngliche Tarif einen absoluten Selbstbehalt (z. B. 1000 EUR/Kalenderjahr) und der neue Tarif behandlungsbezogene Selbstbehalte (z. B. 10 EUR/Behandlung) beinhaltet.

Die Versicherten fühlen sich beschwert, wenn der Versicherer den Tarifwechsel nur unter Beibehaltung des ursprünglichen absoluten Selbstbehalts neben dem neuen Selbstbehalt akzeptiert. Sie empfinden diese Vorgehensweise als ungerecht und wünschen zumindest eine Verrechnung der Selbstbehalte.

*Die Tarifwechsellmöglichkeit ist in **§ 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)** geregelt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind, als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die **Mehrleistung** einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag verlangen.*

Rechtsprechung

Der Wegfall eines absoluten Selbstbehalts im Zieltarif stellt eine derartige Mehrleistung dar, denn der Versicherer muss sofort die tariflichen Leistungen erbringen. Für diese Mehrleistung kann der Versicherer grundsätzlich – je nach Krankheitskostenrisiko – einen Leistungsausschluss verlangen, was im Ergebnis eine Fortgeltung des absoluten Selbstbehalts bedeutet.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat aktuell zu dieser Thematik entschieden, dass die absolute Selbstbeteiligung zwar fortgelten kann, jedoch nicht gleichzeitig mit den neuen behandlungsbezogenen Selbstbeteiligungen zum Tragen kommen darf (Urteil vom 12.09.2012, Az.: IV ZR 28/12). Hiernach kann der Versicherer einen Leistungsausschluss nur dann vereinbaren, wenn die Summe aller im Zieltarif vereinbarten behandlungsbezogenen Selbst-

beteiligungen pro Kalenderjahr den absoluten jährlichen Selbstbehalt nicht ausschöpft.

Es stellte sich nun die Frage, wie diese Begrenzung praktisch umzusetzen ist, denn die genaue Höhe der behandlungsbezogenen Selbstbeteiligung steht am Anfang des Versicherungsjahres noch nicht fest und hängt von der individuellen ärztlichen Inanspruchnahme ab.

Unter Einbeziehung des Urteils des BGH hält der Ombudsmann die folgende Vorgehensweise für richtig: Zunächst wird nur der absolute Selbstbehalt des Ursprungstarifs berücksichtigt. Der behandlungsbezogene Selbstbehalt wird sozusagen im Hintergrund geführt und kommt erst zum Tragen, wenn der Wert des absoluten Selbsthalts überschritten wird.

2. Tarifwechsel: Erhebung von Risikozuschlägen

Eine weitere Tarifwechselproblematik kann sich dann ergeben, wenn der Wechsel zwischen unterschiedlich kalkulierten Tarifen stattfinden soll. Dies ist der Fall, wenn etwa im Herkunftstarif ein pauschaler Risikoanteil enthalten ist, über den bestimmte Vorerkrankungen mit abgesichert sind. Ein individueller Risikozuschlag wird für diese Vorerkrankungen nicht erhoben.

Enthält der gewünschte neue Tarif (Zieltarif) einen derartigen pauschalen Risikoanteil nicht, müssen alle Vorerkrankungen durch einen individuellen Risikozuschlag abgedeckt werden. Dies hat zur Folge, dass der Grundbeitrag des Zieltarifs zwar niedriger ist als im Herkunftstarif. Allerdings wird zusätzlich zum Grundbeitrag ein von den jeweiligen Vorerkrankungen abhängiger Risikozuschlag erhoben.

Hierzu folgendes Beispiel: Ein Versicherungsnehmer leidet an der Erkrankung Heuschnupfen und diese war im Herkunftstarif zum monatlichen Beitrag durch einen pauschalen Risikozuschlag mitversichert. Wünscht der Versicherungsnehmer nun einen Wechsel in einen Tarif, der einen derartigen pauschalen Risikoanteil nicht vorsieht, erhebt der Versicherer für die Vorerkrankung Heuschnupfen einen Risikozuschlag im Zieltarif.

Gleichfalls kann es vorkommen, dass der Herkunftstarif (über einen pauschalen Risikoanteil hinaus) bereits einen Risikozuschlag vorsieht. In derartigen Fällen kann ein Tarifwechsel zur Erhöhung des Risikozuschlags führen.

Diese Vorgehensweise hält der Ombudsmann grundsätzlich für zulässig, sofern die Höhe des Risikozuschlags plausibel ist. Das Bundesverwaltungsgericht hat im Jahr 1999 entschieden, dass der Versicherer nicht gehindert ist, vom Tarifwechsler im Zieltarif die dort auch für Neukunden vorgesehenen Risikozuschläge zu verlangen (Urteil vom 05.03.1999, Az.: 1 A 1/97). Dazu soll der Versicherer berechtigt sein, die auf der Gesundheitsprüfung bei Vertragsschluss im Herkunftstarif beruhende Risikoeinstufung in die Risikoeinstufung des neuen Tarifs einzupassen.

Allerdings hat diese Vorgehensweise auch Grenzen. In einem Fall verlangte der Versicherer bei Vertragsbeginn aufgrund von Vorerkrankungen einen Risikozuschlag. Im weiteren Vertragsverlauf hob der Versicherer den Risikozuschlag auf und gab damit zu erkennen, dass ein erhöhtes Risiko nicht mehr vorliegt. Wechselt der Versicherungsnehmer nun in einen Tarif, der keinen pauschalen Risikozuschlag beinhaltet, darf der Versicherer nach Ansicht des Ombudsmanns den bereits entfallenen Risikozuschlag nicht erneut erheben. Der Versicherer soll vielmehr an seine einmal getroffene Risikoentscheidung gebunden sein.

Die Erhebung eines Risikozuschlags aufgrund der unterschiedlichen Kalkulation der Tarife ist strikt zu trennen von der gesetzlich vorgeschriebenen Tarifwechselfähigkeit aus § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Denn § 204 VVG eröffnet dem Versicherer die Möglichkeit, für im Zieltarif vorgesehene Mehrleistungen einen Risikozuschlag oder Leistungsausschluss zu vereinbaren. Maßgeblich sind insofern nicht die unterschiedliche Tarifkalkulation, sondern die höheren oder umfassenderen Leistungen des Zieltarifs.

3. Vertragsbeendigung durch den Versicherer

Den Ombudsmann beschäftigten im Jahr 2012 auch Fälle, in denen die Versicherer ihren Kunden fristlos gekündigt hatten.

Seit Januar 2009 besteht auch in der Privaten Krankenversicherung eine allgemeine Versicherungspflicht. In diesem Zusammenhang wurde § 206 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) neu gefasst und geregelt, dass Verträge, mit denen eine Versicherungspflicht erfüllt wird, vom Versicherer nicht gekündigt werden dürfen. Damit soll verhindert werden, dass der Betroffene ganz ohne Krankenversicherung dasteht. Im Gesetz heißt es:

Allgemeine
Versicherungspflicht

§ 206 Abs. 1 VVG: Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen.

Nach dem Wortlaut dieser Vorschrift ist jede Kündigung des Vertrages seitens des Versicherers ausgeschlossen. Der Bundesgerichtshof (BGH) hatte jedoch in zwei Urteilen aus dem Jahr 2011 hierzu Ausnahmen zugelassen: Zum einen ging es darum, dass ein Kunde gewalttätig gegen Mitarbeiter der Versicherung wurde, zum anderen ging es um einen Rezeptbetrug (Az.: IV ZR 50/11 und IV ZR 105/11).

Der BGH wies in seinen Entscheidungen darauf hin, dass der Gesetzgeber durch die Einführung der Versicherungspflicht verhindern wollte, dass Versicherte bei Zahlungsverzug ihren Versicherungsschutz verlieren könnten. In Ausnahmefällen sei eine Kündigung aus anderen schwerwiegenden Gründen allerdings durchaus zulässig. Wer beispielsweise Straftaten zu Lasten seines Vertragspartners begeht, sei grundsätzlich nicht schutzwürdig. In Betracht kommt eine Kündigung aus wichtigem Grund (§ 314 des Bürgerlichen Gesetzbuches).

Fazit dieser Rechtsprechung ist, dass den Versicherern zwar eine Kündigung wegen Prämienverzuges untersagt ist, in sonstigen Fällen schwerer Vertragsverletzung jedoch eine Kündigungsmöglichkeit in Betracht kommt. Dementsprechend prüft der Ombudsmann im Einzelfall, ob die Voraussetzungen einer sol-

chen schweren Vertragsverletzung auch nach seiner Einschätzung gegeben sind. Es kommt also darauf an, ob der jeweilige Vorwurf, der dem Versicherten gemacht wird, eine außerordentliche Vertragsbeendigung rechtfertigt und die Vertragsfortführung für den Versicherer unzumutbar ist.

4. Erstattungsfähigkeit von Lasik-Operationen

Mit dem zunehmenden Interesse in der Bevölkerung, eine Fehlsichtigkeit mittels Laser operativ beseitigen zu lassen, erhöhte sich auch die Anzahl der Meinungsverschiedenheiten zwischen den Versicherten und ihren Krankenversicherern im Zusammenhang mit der Kostenerstattung von Lasik-Operationen. Problematisch ist in diesem Bereich vor allem, ob die Lasik-Operation als eine medizinisch notwendige Heilbehandlung einer Krankheit anzusehen ist. Denn grundsätzlich besteht die Leistungspflicht des Versicherers eben nur für eine solche.

Medizinisch
notwendige
Heilbehandlung

Nach der Beurteilungsformel des Bundesgerichtshofs ist die Behandlung einer Krankheit immer dann medizinisch notwendig, wenn es nach objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Dabei kommt es nicht auf einen im Einzelfall eventuell erzielten Behandlungserfolg an, vielmehr bedarf es einer generellen Eignung der Therapie, ein Leiden gezielt zu heilen, zu bessern oder zu lindern.

Die Lasik-Operation wird zur Behandlung von Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmungen durchgeführt. Es handelt sich um ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, das grundsätzlich geeignet ist, die Fehlsichtigkeit zu korrigieren.

Der Ombudsmann sah sich in diesem Zusammenhang oftmals mit der Auffassung der Versicherer konfrontiert, dass die Fehlsichtigkeit genauso gut mit einer Brille oder mit Kontaktlinsen ausgeglichen werden könne.

Dieser Auffassung schließt sich der Ombudsmann im Ergebnis nicht an. Denn zum einen gibt es weder eine rechtliche noch eine vertragliche Grundlage dafür, die Versicherten auf die Be-

nutzung von Hilfsmitteln, wie eine Brille, zu verweisen. Zum anderen ist die Lasik-Operation durchaus geeignet, die Fehlsichtigkeit zu beseitigen.

Zu beachten ist jedoch, dass die Lasik-Operation nicht in jedem Fall durchführbar und wissenschaftlich anerkannt ist. Bestehen etwa Hornhauterkrankungen, sonstige Augenerkrankungen oder eine zu große Fehlsichtigkeit (beispielsweise Kurzsichtigkeit ab minus 10 Dioptrin, Astigmatismus ab 3 Dioptrin) ist die Lasik-Operation nicht angezeigt. Daher muss der Ombudsmann in jedem Einzelfall konkret prüfen, ob die medizinische Notwendigkeit der Laserbehandlung gegeben ist oder Kontraindikationen vorliegen, welche eine solche verbieten. Im letzteren Fall spricht sich auch der Ombudsmann nicht für eine Kostenerstattung der Lasik-Operation aus.

Über die Thematik der medizinischen Notwendigkeit der Lasik-Operation wurde bislang noch keine höchstrichterliche Entscheidung getroffen. Allerdings hat der Bundesgerichtshof in einem konkreten Fall bereits zu erkennen gegeben, dass er die Lasikbehandlung einer Fehlsichtigkeit als medizinisch notwendige Heilbehandlung einordnet.

Im Ergebnis kann daher festgehalten werden, dass die Lasik-Operation grundsätzlich als medizinisch notwendige Heilbehandlung anzusehen ist. Liegen keine Kontraindikationen vor, welche gegen die Durchführung der Lasik-Operation sprechen, sind die Versicherer verpflichtet, diese im tariflichen Umfang zu erstatten. Nur in Ausnahmefällen wird von Seiten des Ombudsmanns eine Kompromisslösung angeregt. Diese kann dazu führen, dass die Lasik-Operation im tariflichen Umfang erstattet und gleichzeitig ein zeitlich begrenzter Leistungsausschluss für den Bezug einer Sehhilfe vereinbart wird.

5. Leistungsbearbeitung: Zeit ist Geld?

„Wie lange darf sich der Versicherer eigentlich Zeit lassen, um meinen Erstattungsantrag zu bearbeiten?“

Dies ist eine berechtigte Frage, welche sich die Versicherten auch im Jahr 2012 stellten. Hintergrund der Frage ist die Besorgnis, dass die vom Arzt gestellte Rechnung beglichen werden muss,

Fälligkeit der
Geldleistung

ohne dass der Versicherer seinerseits eine Kostenerstattung vorgenommen hat. Dies ist verständlich, wenn man bedenkt, dass es oftmals um die Zahlung beträchtlicher Summen geht. Allerdings gibt es weder eine vertragliche noch eine gesetzliche Vorschrift, welche für den Versicherer eine verbindliche zeitliche Vorgabe für die Leistungsregulierung beinhaltet.

Das bedeutet jedoch nicht, dass die Versicherten schutzlos sind. Denn § 14 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) bestimmt, dass der Versicherte grundsätzlich nach Ablauf eines Monats nach der Anzeige des Versicherungsfalles eine Abschlagszahlung vom Versicherer verlangen kann. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde nach also fest und geht es nur noch um die Höhe der Zahlungen, kann eine Abschlagszahlung in Höhe des Betrages verlangt werden, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat.

In diesem Zusammenhang muss jedoch beachtet werden, dass die genannte Monatsfrist keine starre Frist darstellt. Oftmals ist der Versicherer nämlich auf die Mitarbeit des Versicherungsnehmers sowie dessen Ärzte angewiesen. Kommt es aufgrund eines Verschuldens des Versicherungsnehmers dazu, dass der Versicherer seine Leistungspflicht nicht abschließend überprüfen kann, wird die Monatsfrist für diesen Zeitraum gehemmt.

6. Mehr Transparenz für die Versicherten

Ein erheblicher Teil der Arbeit des Ombudsmanns besteht darin, den Versicherungsnehmern die für sie geltenden Versicherungsbedingungen zu erläutern. Dies liegt oftmals daran, dass die Versicherer die Grundlage für ihr Handeln nicht nachvollziehbar benennen. So wird etwa aus den Tarifbedingungen zitiert, ohne dies kenntlich zu machen oder die zitierte Bestimmung genau zu bezeichnen. Deshalb sehen sich die Versicherungsnehmer regelmäßig selbst nicht in der Lage zu überprüfen, ob die Ausführungen des Versicherers zutreffen.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch, wenn der Versicherer die Begründung für sein Handeln von Schreiben zu Schreiben ändert. So beruft sich der Versicherer in manchen Fällen zunächst auf eine tarifliche Einschränkung der Versicherungs-

leistungen. Im nächsten Schreiben erklärt er dann jedoch die Ablehnung der Kostenerstattung damit, dass es keine medizinische Notwendigkeit für die Behandlung gebe.

Ein solcher Begründungswechsel ist für den Versicherungsnehmer nicht nachvollziehbar, wenn nicht kenntlich gemacht wird, dass der Versicherer sich lediglich zusätzlich auf einen weiteren Gesichtspunkt berufen will. Dies führt oftmals zu Unverständnis auf Seiten des Versicherungsnehmers und hat zur Folge, dass Missverständnisse auftreten und die Meinungsverschiedenheit eskaliert.

Zwar ist dem Ombudsmann bewusst, dass es sich oftmals um komplexe Sachverhalte handelt und es daher selten eine für jeden Versicherungsnehmer gleich verständliche Formulierung geben kann. Dennoch sieht er hier Verbesserungsbedarf. Aus seiner Sicht würde ein transparenteres Vorgehen des Versicherers zu einer höheren Kundenzufriedenheit führen, die letztlich beiden Seiten zugute kommt.

7. Hürdenlauf zum Basistarif?

Den Ombudsmann erreichen im Bereich des Basistarifs immer wieder Fälle, in denen es um die Voraussetzungen für die Aufnahme in den Basistarif geht. Unklar ist nämlich, welche Unterlagen der Versicherer von den Antragstellern vor Aufnahme in den Basistarif verlangen darf.

In der Rechtsprechung ist diese Frage noch nicht abschließend geklärt. Bislang sind hierzu zwei obergerichtliche Urteile bekannt. Das Oberlandesgericht Köln geht davon aus, dass die Verpflichtung zur Vorlage ärztlicher und zahnärztlicher Untersuchungsergebnisse vor Vertragsabschluss zulässig ist (Az.: 20 U 151/12). Das Oberlandesgericht Celle vertritt in einem sehr sorgfältig begründeten Beschluss dagegen die Auffassung, dass der Versicherer den Abschluss des Basistarifs nicht von einer Risikoprüfung bzw. von der Übersendung eines Zahngebissbogens abhängig machen darf (Az.: 8 W 33/11).

Der Ombudsmann setzt sich in derartigen Fällen dafür ein, dass dem Antragsteller möglichst schnell zu einem Versicherungsschutz im Basistarif verholfen und der Versicherungsschutz rück-

wirkend zur Antragsstellung gewährt wird. Die weitere Entwicklung der Rechtslage bleibt abzuwarten.

Problematisch ist daneben, ob der Versicherer einen Prämienzuschlag wegen Nichtversicherung verlangen kann, wenn die Gesundheitsüberprüfung länger als einen Monat dauert. Dieses Problem stellt sich auch außerhalb des Basistarifs. Rechtsprechung gibt es hierzu bislang nicht. Aus Sicht des Ombudsmanns kommt es hierfür nach dem Gesetz auf den Tag des Antrags an und nicht auf den Tag der Annahme durch den Versicherer. Denn wie lange die Gesundheitsprüfung dauert, hat der Versicherungsnehmer nicht in der Hand.



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

Beispielfälle aus der Ombudsmannpraxis

1. Bis dass der Tod sie scheidet

Der Beschwerdeführer hatte für sich und seine Ehefrau eine private Krankenversicherung abgeschlossen. Nachdem er und seine Frau sich getrennt und schließlich haben scheiden lassen, beantragte er bei seinem Versicherer, seine Frau aus dem Vertrag herauszunehmen. Zudem bezahlte er die Beiträge lediglich für sich.

Der Versicherer lehnte eine Vertragstrennung ab, da hierfür die Zustimmung der Ehefrau notwendig sei. Hinsichtlich der ausstehenden Beiträge hatte der Versicherer ein Mahnverfahren eingeleitet und das Ruhen der Leistungen angekündigt. Somit drohte auch für den Beschwerdeführer der Verlust des Versicherungsschutzes. Das war für ihn nicht nachvollziehbar, weil er für die Beiträge seiner Frau nicht verantwortlich sei und seiner Zahlungsverpflichtung nachgekommen sei. Zur Klärung wandte er sich an den Ombudsmann.

Die Vorgehensweise des Versicherers war rechtlich nicht zu beanstanden. Nach dem Versicherungsvertrag war allein der Beschwerdeführer der Versicherungsnehmer. Gleichzeitig waren er und seine Frau die versicherten Personen. Demnach oblag ihm die Verpflichtung zur Beitragszahlung für den gesamten Vertrag. Hierbei kommt es nicht darauf an, ob eine Verpflichtung der Ex-Ehefrau gegenüber besteht, diesen Beitrag zu zahlen.

Der Versicherer erklärte sich Rahmen des Verfahrens jedoch dazu bereit, das Mahnverfahren getrennt für die Vertragsteile zu führen. Somit hatte der Beschwerdeführer für seinen Vertragsteil die Möglichkeit, durch rechtzeitige Beitragszahlung den vollen Versicherungsschutz zu erhalten. Zudem war der Versicherer einverstanden, eine Kündigung des Vertragsteiles der Frau zu akzeptieren, sofern diese nachweislich Kenntnis von der Vertragsbeendigung erhält.

2. Zahnschmerzen und Zahlungsverzug

Der Beschwerdeführer konnte seine Beiträge zur Krankenversicherung nicht mehr zahlen. Infolgedessen ruhten die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag, sodass Kosten für ärztliche Aufwendungen lediglich im Falle einer akuten Erkrankung erstattet wurden.

Aufgrund plötzlich auftretender Zahnschmerzen musste sich der Beschwerdeführer einer Wurzelbehandlung unterziehen. Der Versicherer lehnte eine Kostenerstattung trotz der bestehenden Akutsituation ab. Seiner Meinung nach seien die Kosten im zahnärztlichen Bereich auch im Akutfall nicht erstattungsfähig. Zur Begründung stützte sich der Versicherer auf die gesetzliche Versicherungspflicht. Da der Gesetzgeber in § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz die Versicherungspflicht nur für den ambulanten und stationären Bereich vorgesehen habe, bestünde für den zahnärztlichen Bereich gerade keine Pflicht, einen Krankenversicherungsschutz zu unterhalten.

Folglich könne der Versicherer nicht verpflichtet werden, bei einem Beitragsrückstand Leistungen für den zahnärztlichen Bereich zu erbringen – unabhängig davon, ob es sich um einen Akutfall handle oder nicht.

Dem widersprach der Ombudsmann mit folgender Begründung: Der Beschwerdeführer war in einem sogenannten Kompakttarif versichert. Danach bestand Versicherungsschutz grundsätzlich im ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich.

Nach den gesetzlichen Regelungen ruhen bei einem Beitragsrückstand die Leistungen aus dem Vertrag. Folglich tritt das Ruhen für alle Leistungen des Versicherungsvertrages mit der Folge ein, dass dann auch für jede versicherte Leistung im Akutfall ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht.

Dass sich die gesetzliche Versicherungspflicht nur auf den ambulanten und stationären Bereich bezieht, hat unmittelbar keine Auswirkungen auf die Leistungspflicht des Versicherers während der Ruhezeit. Die Versicherungspflicht will nur sicherstellen, dass jeder, der über einen Wohnsitz in Deutschland verfügt, gleichzeitig in einem bestimmten Mindestmaß versichert ist. Entscheidet sich der Versicherungsnehmer für einen über die-

ses Mindestmaß hinausgehenden Kompakttarif, in welchem alle Leistungsbereiche (ambulant, stationär, Zahn) eingeschlossen sind, muss sich die Leistungspflicht des Versicherers auch auf diese Bereiche vollumfänglich beziehen.

Im Ergebnis hat sich der Versicherer zwar nicht der Auffassung des Ombudsmanns angeschlossen, jedoch in dem konkreten Fall die angefallenen Kosten für die zahnärztliche Akutbehandlung erstattet.

3. Arzneimittelersatzung im Basistarif

Der Beschwerdeführer bezog das ihm ärztlich verordnete Arzneimittel „Blopess“. Der Versicherer lehnte eine vollständige Kostenerstattung ab und übernahm nur die Kosten eines vergleichbaren Arzneimittels. Daraufhin wandte sich der Beschwerdeführer an den Ombudsmann. Nach seiner Prüfung war die Vorgehensweise des Versicherers aufgrund der eindeutigen vertraglichen Regelung nicht zu beanstanden.

Der Beschwerdeführer war im brancheneinheitlichen Basistarif versichert, sodass sich der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Basistarifs ergibt. Diese enthalten für die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln eine besondere Regelung. Hiernach gilt: stehen mehrere wirkstoffgleiche Arzneimittel zur Verfügung, sind nur die Aufwendungen eines der drei preisgünstigsten erstattungsfähig.

Eine Ausnahme von diesem Grundsatz besteht nur dann, wenn die Verordnung eines bestimmten Arzneimittels medizinisch notwendig oder keines der drei preisgünstigsten Arzneimittel zeitgleich lieferbar ist. In derartigen Fällen bleibt der Versicherer für das verordnete Arzneimittel leistungspflichtig.

Im Fall des Beschwerdeführers gab es weitere wirkstoffgleiche Arzneimittel. Da keine der genannten Ausnahmen vorlag, war die Haltung des Versicherers nicht zu beanstanden.

4. Nur der erste Antrag ist verpflichtend

Die Beschwerdeführerin wandte sich für ihren nicht krankenversicherten Sohn an verschiedene Versicherer, um eine Aufnahme in den Basistarif zu erwirken. Ihr Sohn war zuletzt von 2002 bis 2006 bei einem dieser Versicherer krankenversichert und danach nicht mehr. Der Vertrag wurde seinerzeit beendet, da die Beiträge nicht mehr gezahlt wurden. Nun lehnte dieser Versicherer den begehrten Versicherungsschutz ab, da kein Kontrahierungszwang bestünde. Aufgrund dieser Ablehnung wandte sich die Beschwerdeführerin an den Ombudsmann.

Seit dem 01.01.2009 besteht eine allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung. Alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland müssen einen Krankenversicherungsschutz unterhalten, der genau definierten Anforderungen genügen muss. Seit diesem Zeitpunkt ist jedes Unternehmen der Privaten Krankenversicherung dazu verpflichtet, den brancheneinheitlichen Basistarif anzubieten. Nichtversicherte können grundsätzlich bei jedem privaten Krankenversicherer Versicherungsschutz im Basistarif beantragen und dürfen nicht aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt werden. Es besteht dabei keine Verpflichtung, sich erneut bei dem Versicherer zu versichern, bei dem in der Vergangenheit ein Vertrag bestanden hat.

Ein Kontrahierungszwang besteht allerdings nur bei dem Versicherer, bei dem der Basistarif zuerst beantragt wurde. Dies folgt aus einem allgemeinen Rechtsgedanken. Sofern bereits bei einem Versicherer Versicherungsschutz im Basistarif beantragt wurde, ist dieser gesetzlich verpflichtet, den Versicherungsschutz zu gewähren. Ein nachfolgender Antrag bei einem anderen Versicherer würde keinen Kontrahierungszwang dieses Versicherers mehr begründen, da der zuerst kontaktierte Versicherer bereits zum Abschluss des Basistarifs verpflichtet ist.

5. Keiner war's

Ein Ehepaar versuchte vergeblich, auf natürlichem Weg ein Kind zu bekommen. Eine organische Ursache für die ungewollte Kinderlosigkeit konnte von den Ärzten nicht festgestellt werden. Diese vermuteten die Ursache anhand der medizinischen Unter-

lagen bei der Frau. Daher entschied sich das Ehepaar für eine künstliche Befruchtung. Nach zwei Versuchen wurde die Frau schwanger und gebar einen Sohn. Die private Krankenversicherung der Frau wollte die Kosten für die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nicht übernehmen, da eine Krankheit nicht nachgewiesen worden wäre.

Das Ehepaar suchte Hilfe bei Ombudsmann. Dieser sprach sich in diesem Fall für eine Kostenerstattung aus. Entscheidend war, dass die ungewollte Kinderlosigkeit mit der künstlichen Befruchtung überwunden werden konnte, auch wenn die Ursache der Sterilität nicht geklärt war. Der Versicherer folgte der Empfehlung des Ombudsmanns und übernahm die Kosten.

6. Kosten der medizinischen Behandlungspflege

Die Beschwerdeführerin befand sich zur vollstationären Pflege nach Pflegestufe III als Härtefall in einer Pflegeeinrichtung. Der für die anerkannte Pflegestufe gesetzlich festgelegte Pflegesatz wurde vom Versicherer monatlich gezahlt.

Während der Betreuung in der Pflegeeinrichtung fielen jedoch neben den Heimkosten auch Kosten für die medizinische Behandlungspflege an. Hierunter fallen medizinische Hilfeleistungen wie Verbandswechsel, Katheterisierung oder Verabreichung von Medikamenten, die nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden. Der Versicherer weigerte sich, diese Kosten zu übernehmen. Hiergegen richtete sich die Beschwerde.

Rechtlich war die Vorgehensweise des Versicherers nicht zu beanstanden. Art und Umfang der Leistungen in der Pflegepflichtversicherung richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird. Für den Fall, dass ein Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen besteht, werden im Rahmen des gültigen Pflegesatzes die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung pauschal erstattet.

Das bedeutet, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege bereits in dem vom Versicherer zu zahlenden Pflegesatz enthalten sind. Anders als dies etwa bei der häuslichen (ambulanten) Pflege der Fall ist, gehören bei der vollstationären Pflege auch die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung zu den pflegebedingten Aufwendungen, die von den pauschalen Leistungen des Versicherers dauerhaft umfasst sind.

Aufgrund der besonders schwierigen Situation der Beschwerdeführerin und im Interesse einer gütlichen Einigung erklärte sich der Versicherer in diesem Fall dazu bereit, die hälftigen der bislang angefallenen wie auch der künftig anfallenden Behandlungspflegekosten zu übernehmen.

7. Verwandtenklausel

Der privat krankenversicherte Beschwerdeführer wurde von seinem Sohn, der als Hausarzt tätig war, behandelt. Der Versicherer lehnte eine Erstattung der anlässlich der Behandlung des Sohnes ausgestellten Rechnungen mit dem Hinweis auf die vertraglich vereinbarte „Verwandtenklausel“ ab. Hiernach ist der Versicherer bei einer Behandlung durch nahe Angehörige grundsätzlich nicht zur Leistung verpflichtet. Diese Ablehnung war für den Beschwerdeführer nicht nachvollziehbar, sodass er sich an den Ombudsmann wandte.

Die Ablehnung der Kostenerstattung war rechtmäßig. Die vertraglich vereinbarte „Verwandtenklausel“ bestimmt, dass der Versicherer für die Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder nicht leistungspflichtig ist. Hintergrund dieser Regelung ist die praktische Erfahrung, dass die Wahrscheinlichkeit einer in Wirklichkeit unentgeltlichen, gegenüber dem Versicherer aber abgerechneten Behandlung umso größer ist, desto näher die Verwandtschaft ist.

Es wird den Versicherten damit nicht unterstellt, die Rechnung eines Verwandten nicht zu zahlen. Vielmehr geht es um die Frage, ob überhaupt eine Rechnung gestellt werden würde, wenn der Versicherte diese nicht bei einem Versicherungsunternehmen zur Erstattung einreichen könnte. Durch die „Verwandtenklausel“ wird dem Versicherer diese entsprechende Einzelprüfung

dadurch abgenommen, dass ein genereller Leistungsausschluss für die Behandlung durch nahe Angehörige erklärt wird. Die Rechtsprechung hat die Wirksamkeit dieser allgemein gültigen Klausel bestätigt und betont, dass Versicherte hierdurch nicht unangemessen benachteiligt werden, da es ihnen frei steht, sich in medizinisch gleichwertiger Weise von einem Arzt behandeln zu lassen, der kein naher Angehöriger ist.

Ein besonderer Fall, in dem sich der Versicherer nicht auf die Klausel berufen konnte, weil es dem Beschwerdeführer tatsächlich nicht möglich oder unzumutbar war, einen anderen Arzt aufzusuchen oder der Sohn zu den wenigen Spezialisten gehörte, der die in Frage kommende Behandlung überhaupt durchführen konnte, lag nicht vor. Der Ombudsmann konnte dem Beschwerdeführer daher leider nicht weiterhelfen.

8. Eine gebührenrechtliche Streitigkeit

Die Beschwerdeführerin begab sich aufgrund einer bestehenden Depression in psychiatrische Behandlung. Der Versicherer erkannte die medizinische Notwendigkeit der laufenden Behandlung grundsätzlich an, lehnte es jedoch ab, die für jedes einzelne psychiatrische Gespräch jeweils in Rechnung gestellten Kosten einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung zu erstatten. Da durch diese Erstattungspraxis des Versicherers regelmäßig Teile der eingereichten Rechnungen nicht erstattet wurden, wandte sich die Beschwerdeführerin an den Ombudsmann.

Streitigkeiten über die Anwendung und richtige Auslegung der Gebührenordnungen betreffen einen nicht unerheblichen Teil der Beschwerden beim Ombudsmann, da es immer wieder unterschiedliche Auffassungen dazu gibt, wie der Wortlaut der einzelnen Gebührensatzungen richtig zu verstehen ist. Gebührenrechtliche Fragen werden auch von verschiedenen Gerichten unterschiedlich beantwortet. Daher bleibt im Rahmen des Ombudsmannverfahrens nur die Möglichkeit einer summarischen Prüfung dahingehend, ob sich die Argumentation des Versicherers auf sachfremde Erwägungen stützt oder von einer willkürlichen Leistungsverweigerung auszugehen ist.

Im vorliegenden Fall rechnete die behandelnde Ärztin für jede einzelne Sitzung der laufenden psychiatrischen Behandlung die Ziffern 801 und 806 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nebeneinander ab. Dabei honoriert die Ziffer 801 GOÄ eine „Eingehende psychiatrische Untersuchung – gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson“. Sie beinhaltet u. a. die Untersuchung der Teilbereiche Bewusstsein, Orientierung, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung sowie Ich-Störungen. Gegenstand der Ziffer ist somit gerade eine besonders ausgestaltete psychiatrische Untersuchung, die über eine normale bzw. allgemeine Untersuchung hinausgeht.

Die Ziffer 806 GOÄ kann dagegen berechnet werden für eine „Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch, auch in akuter Konfliktsituation – gegebenenfalls unter Einschluss eines eingehenden situationsregulierenden Kontaktgesprächs mit Dritten – Mindestdauer 20 Minuten“.

Auch nach Auffassung des Ombudsmanns ist eine psychiatrische Untersuchung geringeren Umfangs regelmäßig nach Ziffer 806 GOÄ abzurechnen. Nur bei Krankheitsbildern und -verläufen, bei denen eine (wiederholte) umfangreiche psychiatrische Untersuchung erforderlich ist, besteht die Möglichkeit einer gesonderten Berechnung der Ziffer 801 GOÄ neben der Ziffer 806 GOÄ.

Vorliegend konnte die Beschwerdeführerin nicht anhand medizinischer Unterlagen nachweisen, dass das Krankheitsbild eine wiederholte umfangreiche psychiatrische Untersuchung erforderlich machte. Daher konnte sich der Ombudsmann nicht für eine weitergehende Kostenerstattung aussprechen.

9. Extrakorporale Stoßwellentherapie – eine Frage des Wirksamkeitsnachweises

Der Beschwerdeführer wurde wegen eines Tennisellenbogens mit der extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) behandelt. Eine Erstattung der dafür angefallenen Kosten lehnte der Versicherer ab, da die Wirksamkeit der ESWT bei der Diagnose Tennisellenbogen bislang nicht wissenschaftlich nachgewiesen sei.

Der Ombudsmann kam zu dem Ergebnis, dass die Vorgehensweise des Versicherers nicht zu beanstanden war. Voraussetzung für eine Kostenerstattungspflicht des Versicherers ist, dass die Aufwendungen im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung entstanden sind. Dabei ist die Leistungspflicht des Versicherers zwar nicht auf schulmedizinische Behandlungsmethoden beschränkt. Vielmehr genügt es, wenn sich die Behandlungsmethode als in der Praxis ebenso erfolgversprechend bewährt hat. Ob dies der Fall ist, kann nur durch entsprechende Wirksamkeitsnachweise bzw. medizinische Studien dargelegt werden.

Bei der extrakorporalen Stoßwellentherapie handelt es sich um eine Behandlung unter Anwendung von hochenergetischem Ultraschall. Diese Therapieform war ursprünglich in der Urologie zur Entfernung von Nierensteinen entwickelt worden. Seit mehreren Jahren wird die ESWT auch bei orthopädischen Krankheitsbildern angewandt. Allerdings ist die Studienlage bislang noch nicht ausreichend. Wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise der ESWT gibt es bei orthopädischen Erkrankungen – insbesondere im Zusammenhang mit der Diagnose Tennisellenbogen – derzeit nicht. Daher konnte der Ombudsmann dem Beschwerdeführer leider nicht weiterhelfen.

10. Ohrmuschel als Hilfsmittel

Dem Beschwerdeführer musste aufgrund einer Krebserkrankung eine Ohrmuschel entfernt werden. Der Versicherer lehnte die Kostenerstattung für eine anschließende Ohrmuschelepithese, also eine Ohrmuschel aus Kunststoff, ab, da diese nicht zu den im versicherten Tarif erstattungsfähigen Hilfsmitteln gehöre. Dort seien zwar Kunstglieder versichert, eine Ohrmuschelepithese sei jedoch kein Kunstglied im Sinne des Tarifs, da dieses kein Körperglied ersetze. Körperglieder seien regelmäßig über ein Gelenk mit dem Körper verbunden.

Der Ombudsmann vertrat die Auffassung, dass von einem Körperglied gesprochen werde, wenn es sich um einen abgeschlossenen Körperteil mit Eigenaufgaben im Gesamtorganismus handelt. Da die Ohrmuschel nicht unwesentlich zur Hörfunktion und zur Orientierung beiträgt, könne sie durchaus als ein Körperteil

mit Eigenaufgaben im Gesamtorganismus angesehen werden. Daher stelle auch eine Ohrepithese ein Kunstglied und damit erstattungsfähiges Hilfsmittel dar. Der Versicherer schloss sich der Auffassung des Ombudsmanns an und erstattete die Kosten der Ohrepithese.



- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Organisation und Verfahren
- III. Statistik
- IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
- V. Beispielfälle
- VI. 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 Allgemeines

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

(2) Als Ombudsmann soll eine Persönlichkeit berufen werden, die über die für die Ausübung des Amtes erforderliche Befähigung und über Erfahrungen im Bereich der Privaten Krankenversicherung und im Gesundheitswesen verfügt. Der Ombudsmann darf nicht in der Krankenversicherungs-, Versicherungsvermittlungs- oder Versicherungsberaterbranche oder in einem Beruf, der die Erbringung von Leistungen im Gesundheitswesen zum Gegenstand hat, arbeiten. Über Ausnahmen im Einzelfall entscheidet der Vorstand des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit dem Ombudsmann.

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

§ 2 Aufgabe und Zuständigkeit des Ombudsmannes

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

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

(3) Der Ombudsmann behandelt eine Beschwerde nicht, wenn

- der Beschwerdegegenstand bereits bei einem (Mahn-)Gericht anhängig ist, in der Vergangenheit anhängig war oder von dem Beschwerdeführer während des Schlichtungsverfahrens anhängig gemacht wird;
- die Streitigkeit durch außergerichtlichen Vergleich beigelegt ist;
- ein Antrag auf Prozesskostenhilfe abgewiesen worden ist, weil die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine Aussicht auf Erfolg bietet;
- die Angelegenheit bereits Gegenstand eines Verfahrens bei einer anderen Ombudsmannstelle oder ähnlichen Einrichtung oder der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

war oder während der Behandlung durch den Ombudsmann dort anhängig gemacht wird.

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

§ 3 Beschwerdeführer

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

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

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

§ 4 Form, Vertretung, Kosten

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

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

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

§ 5 Fristen, Verjährung

(1) Die Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Ombudsmann beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit der Handlung oder Entscheidung des Beschwerdegegners, die Gegenstand der Beschwerde ist. Die Frist wird durch Einlegung einer vorherigen schriftlichen Beschwerde bei dem Beschwerdegegner bis zur Entscheidung des Beschwerdegegners, höchstens jedoch für sechs Wochen, gehemmt.

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

§ 6 Verfahrensgrundsätze

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

§ 7 Einigung, Entscheidung

(1) Der Ombudsmann soll in jedem Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens eine gütliche Einigung der Parteien anstreben. Hält der Ombudsmann die Beschwerde für begründet oder unterbreitet er den Parteien einen Schlichtungsvorschlag, ergeht eine Empfehlung. Kommt zwischen den Parteien keine gütliche Einigung zustande, hält der Ombudsmann die Beschwerde jedoch für begründet, entscheidet er durch förmliche Empfehlung, von der er die Beteiligten unverzüglich in Kenntnis setzt. Hält der Ombudsmann eine Beschwerde für unbegründet, teilt er dies den Beteiligten durch eine das Verfahren abschließende Stellungnahme mit.

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

(3) Der Ombudsmann kann entscheiden, dass eine Beschwerde unzulässig oder offensichtlich unbegründet ist und aus diesem Grund keiner weiteren Behandlung bedarf. In diesem Fall teilt er diese Entscheidung den Beteiligten mit.

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

§ 8 Amtsausübung

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

§ 9 Geheimhaltungspflicht und Datenschutz

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

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

§ 10 Amtszeit und Vertretung

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

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

§ 11 Information der Öffentlichkeit

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

(2) Der Ombudsmann berichtet innerhalb von sechs Monaten nach Ende des Kalenderjahres schriftlich und in strukturierter

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

§ 12 Finanzierung

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

§ 13 Beginn der Tätigkeit

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

2. Mitgliedsunternehmen (Stand: Oktober 2012)



Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München
 Postanschrift: 80291 München
 Tel.: (089) 67 85-0 · Fax: (089) 67 85-65 23
 www.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

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



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.centrankv.de
 info@central.de



CONCORDIA

Krankenversicherungs-AG

CONCORDIA Krankenversicherungs- Aktiengesellschaft

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



Continentale Krankenversicherung a.G.

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

Debeka Krankenversicherungsverein 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

Deutscher Ring

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Neue Rabenstraße 15 – 19, 20354 Hamburg
Postanschrift: 20449 Hamburg
Tel.: (040) 41 24-79 69 · Fax: (040) 41 24-76 78
www.deutscherring-kranken.de
service@deutscherring.de

DEVK

VERSICHERUNGEN

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

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

ENVIVAS Krankenversicherung AG

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

ERGO Direkt

ERGO Direkt Krankenversicherung AG

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



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

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



Gothaer Krankenversicherung AG

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



**HALLESCHER Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit**

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



HanseMerkur Krankenversicherung AG

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

**HanseMerkur Speziale
Krankenversicherung AG**

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



HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

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



INTER Krankenversicherung aG

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

**KRANKEN- u. STERBEKASSE „Mathilde“
VVaG**

Hainstadt am Main
Ernst-Ludwig-Straße 5, 63512 Hainburg
Postanschrift: Postfach 45 00, 63509 Hainburg
Tel.: (06182) 47 29
www.mathilde-hainstadt.de
info@mathilde-hainstadt.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-Str. 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



Mannheimer Krankenversicherung AG

Augustaanlage 66, 68165 Mannheim
 Postanschrift: 68127 Mannheim
 Tel.: (0621) 4 57-51 00 · Fax: (0621) 4 57-42 43
 www.mannheimer.de
 service@mannheimer.de



Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG

Berckhusenstraße 146, 30625 Hannover
 Postanschrift: 30619 Hannover
 Tel.: (0511) 53 51-0 · Fax: (0511) 53 51-4 44
 www.mecklenburgische.de
 service@mecklenburgische.de



MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.

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



NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

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



PAX-FAMILIENFÜRSORGE Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen

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



**Provinzial Krankenversicherung
Hannover AG**

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



R+V Krankenversicherung AG

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 Krankenversicherung a.G.

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



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 Krankenversicherung AG

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

Außerordentliche Mitgliedsunternehmen



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



CSS Versicherung AG

Pflugstraße 20, LI-9490 Vaduz
 Tel.: (00423) 3 75 02 77 · Fax: (00423) 3 75 02 78
www.cssversicherung.com
info@cssversicherung.com



DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG

DFV Deutsche Familienversicherung AG

Beethovenstraße 71, 60325 Frankfurt / Main
 Tel.: (01805) 76 85 55 · Fax: (069) 74 30 46 46
www.dfv.ag
service@dfv.ag



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



WGV-Versicherung AG

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

Verbundene Einrichtungen



Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Hauptverwaltung: Salvador-Allende-Straße 7,
60487 Frankfurt/Main

Postanschrift: Postfach 20 02 53,
60606 Frankfurt

Tel.: (069) 2 47 03-1 11 · Fax: (069) 2 47 03-1 99

www.kvb.bund.de

auskunft.frankfurt@kvb.bund.de



Postbeamtenkrankenkasse

Maybachstraße 54/56, 70469 Stuttgart

Tel.: (0711) 13 56-0 · Fax: (0711) 13 56-33 95

www.pbeakk.de

pr@pbeakk.de

3. Weitere Anlaufstellen für die Versicherten

Für Beschwerden gegen Versicherungszweige, 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.: 0228/619-1870

www.bundesversicherungsamt.de

Für Beschwerden gegen jeglichen Versicherungsweig:

➤ **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)**

Graurheindorferstr. 108

53117 Bonn

bzw. Postfach 1303, 53003 Bonn

Tel.: 0228/4108-0

Fax.: 0228/4108-1550

www.bafin.de

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

➤ **Patientenbeauftragter der Bundesregierung**

Herrn Wolfgang Zöllner

Wilhelmstraße 49

10117 Berlin

Tel.: 01888/4410

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



Kontaktdaten

Herausgegeben vom
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Kronenstraße 13
10117 Berlin

Telefon: 01802/55 04 44
(6 Cent pro Anruf aus dem dt. Festnetz bzw. 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen)
Telefax: 030/20 45 89 31
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Ombudsmann
Dr. Helmut Müller

Referatsleiterin
Maike Lamping

Referenten
Franziska Große
Clemens Hof
Michelle Mahlke
Nikolai Sauer
Sandy Stephan
Judith Vollmer

Sekretariat
Marie Ertmer
Mirela Piplica
Cathleen Prüfig
Katrin Schütz

Der Tätigkeitsbericht wird gemäß § 11 Abs. 2 des Statuts des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung veröffentlicht.

Stand: 08.03.2013

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Tel.: 01802 55 04 44
Fax.: 030/20 45 89 31
www.pkv-ombudsmann.de