

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht 2013

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht **2013**

Inhalt

Vorwort

I. Die Schlichtungsstelle	7
II. Organisation und Verfahren	11
III. Statistik	17
1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens	18
2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung	24
IV. Ausgewählte Beschwerdethemen	27
1. Tarifwechsel: Bisex oder Unisex	28
2. Kündigung ohne Nachversicherungsnachweis	29
3. Rückwirkende Vertragsanpassung als Folge einer Anzeigepflichtverletzung	31
4. Zahlungsverzug	33
5. Physiotherapie – Welche Kosten sind erstattungsfähig?	35
6. Versicherungsvermittler	37
V. Beispielfälle	43
VI. Anhang	57
1. Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung	58
2. Mitgliedsunternehmen	65
3. Weitere Anlaufstellen für die Versicherten	75

Vorwort

Ende 2013 beendete ich endgültig meine Tätigkeit als Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung. Mit dem vorliegenden Bericht gebe ich einen Überblick über das letzte Jahr meiner Arbeit.



Wie das Jahr 2012 ist auch das vergangene Jahr in ruhigen Bahnen verlaufen. Die Anzahl der eingehenden Bitten um Schlichtung, Beschwerden und Anfragen ist erneut geringfügig zurückgegangen. Das ist nach den erheblichen Zuwächsen in den Jahren bis 2011 ein gutes Zeichen. Es zeigt sich, dass, entgegen teilweise anderslautender Pressemitteilungen, grundsätzlich eine hohe Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer privaten Krankenversicherung besteht. Wie sehr Pressemitteilungen verunsichern können, schlug sich auch in den Eingaben an den Ombudsmann nieder. Hier galt es sodann, Aufklärungsarbeit zu leisten und die Versicherten zu beruhigen. Denn tatsächlich sind die Prämien im Berichtsjahr und, soweit schon erkennbar, auch Anfang dieses Jahres nur minimal gestiegen, zum Teil sogar erstmalig seit langer Zeit gesenkt worden, und das ohne Verschlechterung der Leistungen und trotz der anhaltenden Zinsflaute. Die Anzahl der Beschwerden beim Ombudsmann über Beitragsanpassungen ist in den vergangenen drei Jahren stetig gesunken. Es ist bedauerlich, dass hierüber in der Öffentlichkeit nur selten oder lediglich am Rande berichtet wird. Ich würde es sehr begrüßen, wenn auch die Presse die Versicherten über den Mechanismus der Prämienberechnung aufklären und beraten würde, statt für Verunsicherung zu sorgen.

Auch in diesem Berichtsjahr hat sich wieder gezeigt, daß die Kenntnisse der Versicherten, was ihren Vertrag angeht, in der Regel nur sehr oberflächlich sind. Das Versicherungsprodukt ist kompliziert und schlecht greifbar, um für den Laien im wahrsten Sinne des Wortes selbstverständlich zu sein. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es dem versicherten Verbraucher schwer fällt, sich mit dem meist für unangenehme Situationen bestimmten Produkt (Tod, Krankheit, Unfall etc.) auseinander zu setzen. Er weiß allenfalls, dass er Sicherheit braucht.

Der Gesetzgeber hat durch das VVG-Reformgesetz von 2007 erstmals die Beratungspflicht durch Versicherer und Versicherungsvermittler gesetzlich geregelt. Die Beratung erfolgt in der Praxis durch Übergabe von Schriftstücken (Versicherungsantrag, Versicherungsbedingungen, Merkblätter, Versicherungsschein u.a.m.). Diese Unterlagen liest und versteht der Versicherte oftmals nicht. Eine mündliche Beratung findet ausschließlich durch den Vermittler statt. Den zu erstellenden Beratungsprotokollen kann entnommen werden, dass es eine Vielzahl von Vermittlern gibt, die verantwortungsbewusst Bedarf und Umfang des Versicherungsschutzes mit dem Kunden besprechen. Es gibt aber leider auch Vermittler, die entweder nichtssagende oder überhaupt keine Protokolle anfertigen. Letzteres gilt vor allem für Vermittler, die sich als Makler bezeichnen. Diese befinden sich nicht im Lager des Versicherers, sondern sind Sachwalter des Versicherten oder sollten dies zumindest sein. Insofern erfährt der Versicherer selbst oftmals nicht, dass ein Beratungsprotokoll gar nicht erstellt wurde.

Der Ombudsmann konnte sich in Gesprächen mit Krankenversicherern und dem PKV-Verband davon überzeugen, dass durchaus Einvernehmen darüber besteht, gute Beratung und Information der Kunden seien letztlich die entscheidenden Garanten für wirtschaftlichen Erfolg. So konnte festgestellt werden, dass Unternehmen zusätzliches Servicepersonal zur Verfügung gestellt haben, die den Kunden in Produktfragen, wenn nötig auch mündlich, eingehend beraten, argumentative juristische und medizinische Hilfestellung bei Gebühren- und Regulierungsstreitigkeiten geben sowie Hilfe bei Tarifwechseln im Unternehmen, z. B. durch Online-Tarifwechsel, anbieten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die professionellen externen Tarifwechselberater häufig nicht auf die oftmals mit den niedrigeren Prämien einhergehenden geringen Leistungen aufmerksam machen. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auch darauf, dass der PKV-Verband mit dem „Digitalen Assistenten für Privatpatienten“ ein Hilfsmittel zur Verfügung gestellt hat, das den Patienten bei der Suche nach dem richtigen Arzt oder Krankenhaus unterstützt und Orientierung bei Arzneimitteln und Rechnungsprüfung gibt (www.derprivatpatient.de). Ergänzend sei schließlich erwähnt, dass die von Verbraucherschützern aufgestellte Behauptung oder Befürchtung, Versicherer würden Erstattungen schuldhaft verzögern, nach den Erfahrungen des Ombudsmanns der Grundlage

entbehren. Auf Anfragen hat der Ombudsmann dies auch gegenüber staatlichen Behörden kommuniziert.

Trotz aller Bemühungen besteht weiterhin das Bedürfnis, die Beratung der Versicherten bei Abschluss und Laufzeit des Vertrags noch zu verbessern. Das zeigt sich insbesondere bei der wichtigsten Leistungsvoraussetzung – der Frage der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung. Neben den Gebührenstreitigkeiten sind Fragen nach der Notwendigkeit der Behandlung seit Gründung der Schlichtungsstelle die häufigsten Streitpunkte. Nun kann man vom Vermittler bei Antragsstellung nicht verlangen, dass er dem Kunden die Feinheiten der Regulierungspraxis im Detail erklärt. Hier müssen alle Beteiligten zusammenarbeiten. Die sog. Leistungserbringer (Ärzte, Heilpraktiker, Physiotherapeuten, Apotheker u.a.) sind ebenso wie die Versicherer und Vermittler zur Aufklärung verpflichtet. Der Gesetzgeber hat im Übrigen eine so genannte wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Heilbehandlers, also vor allem des Arztes und Zahnarztes, im Patientenrechtegesetz jetzt ausdrücklich geregelt (§ 630c Abs. 3 BGB). Man darf gespannt sein, ob sich dadurch etwas zugunsten des Versicherten ändert. Der Versicherte selbst muss aber auch tätig werden. Er sollte vor allem lesen, was er unterschreibt. Weiter kann er sich vor der Inanspruchnahme vermutlich teurer Behandlungen z. B. einen Kostenvoranschlag vom Behandler geben lassen, den er dann dem Versicherer zur Prüfung vorlegt. So kann er hoffentlich rechtzeitig vermeiden, auf einem Teil der Kosten sitzen zu bleiben.

Schließlich sei zum wiederholten Male auf das Problem derjenigen Makler zurückgekommen, die in der Praxis weder das gesetzlich vorgegebene Berufsbild erfüllen, noch die damit verbundenen Pflichten. Hier fällt weiterhin auf, dass es in diesem Beruf Personen gibt, für die nicht die Beratung und Betreuung der Versicherten, sondern das eigene Provisionsinteresse im Vordergrund des Handelns steht. Die skandalösen Provisionsexzesse und damit häufig verbundenen Umdeckungen konnten offenbar durch gesetzliche Provisionsbegrenzung und Verlängerung des Haftungszeitraums auf ein zwar noch immer nicht befriedigendes Maß reduziert werden. Bei der Beratung ergeben sich aber immer noch – wie oben dargestellt – erhebliche Defizite. Diese Pseudomakler lehnen es in der Regel ab, mit dem Ombudsmann oder den Versicherten zu korrespondieren. Eine Schlichtung ist insoweit ausgeschlossen. Es liegt im Interesse der Versicherten

und nicht zuletzt auch im Interesse der weit überwiegenden Zahl der gut ausgebildeten und verantwortungsbewussten Vermittler, wenn eine einzige und fachkundige Behörde die Aufsicht über Vermittler, zumindest aber über Makler, übernehmen würde.

Die Schlichtungstätigkeit mit den Versicherungsunternehmen verlief dagegen reibungslos. Nahezu allen Schlichtungsempfehlungen wurde Folge geleistet. Zudem fand im Berichtsjahr mit den Mitarbeitern der am Ombudsmannverfahren beteiligten Versicherungsunternehmen wieder ein Meinungs austausch in Berlin über generelle und spezielle Fragen der Schlichtung statt.

Die im vorigen Tätigkeitsbericht erwähnten europäischen Rechtsakte betreffend die außergerichtliche Streitbeilegung (ADR-Richtlinie und ODR-Verordnung) sind am 21. Mai 2013 verabschiedet worden. Die Richtlinie muss bis Mitte 2015 in deutsches Recht umgesetzt werden und die Verordnung tritt sechs Monate nach Ablauf der Umsetzungsfrist in Kraft. Erste Besprechungen hinsichtlich der Umsetzung der Richtlinie haben mit dem Bundesministerium der Justiz und der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht stattgefunden. Die Umsetzung wird keine Schwierigkeiten bereiten. Es wäre zu begrüßen, wenn dabei klargestellt wird, dass alle Versicherungsmakler am Schlichtungsprozeß teilzunehmen haben.

Abschließend danke ich allen, die mich bei meiner insgesamt fünfjährigen Tätigkeit mit so großem Engagement unterstützt haben. Meinem Nachfolger, Herrn Heinz Lanfermann, wünsche ich alles Gute. Ich bin überzeugt, dass auch er viel Freude und Befriedigung bei dieser Schlichtungsarbeit haben wird.

Berlin, im April 2014



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

Im Berichtszeitraum übte Dr. Helmut Müller das Amt des Ombudsmanns aus, das er nach dem Tod von Staatssekretär a.D. Dr. Dr. h.c. Klaus Theo Schröder am 12.02.2012 erneut übernahm. Er hatte das Amt als Nachfolger des „Gründungsombudsmanns“ Arno Surminski bereits in der Zeit vom 01. November 2007 bis zum Ende des Jahres 2010 inne. 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. Zum 01.01.2014 hat Dr. Müller das Amt an Heinz Lanfermann übergeben.

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 hat er in wachsendem Maße dazu beigetragen, 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. 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.



- 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 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 Sie im Anhang des Berichts.

Einreichung der Beschwerde

Eine Beschwerde muss grundsätzlich schriftlich eingereicht werden. Neben der postalischen Einsendung existiert dafür auch die Möglichkeit, die Beschwerde per Fax oder online über die Internetseite des Ombudsmanns einzureichen. 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

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

Bei Eingang der Beschwerde wird geprüft, ob sich die eingereichte Beschwerde auf den Bereich der Kranken- und/oder Pflegeversicherung bezieht. Betrifft die Beschwerde einen anderen Versicherungsweig, wird sie an den dafür zuständigen Versicherungsombudsmann e.V. weitergeleitet. Darüber hinaus muss die Frist zur Eingabe eingehalten werden: Beschwerden sind innerhalb eines Jahres nach der Entscheidung des Versicherers, welche Gegenstand des Beschwerdeverfahrens sein soll, einzureichen. Eine verspätete Beschwerde kann nicht mehr überprüft werden. Gleiches gilt, wenn die Beschwerde bereits Gegenstand eines gerichtlichen Verfahrens oder Mahnverfahrens ist. 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:

Beschwerdeprüfung

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 auf 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, wird ihm die tatsächliche und rechtliche Situation in einem verfahrensabschließenden Schreiben erläutert.

Verfahrensabschluss

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 Anlage zum Bericht). Den Beteiligten ist es freigestellt, diesen Schiedsspruch anzunehmen oder nicht. Die Erfahrung zeigt je-

Förmliche
Empfehlung

doch, 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.



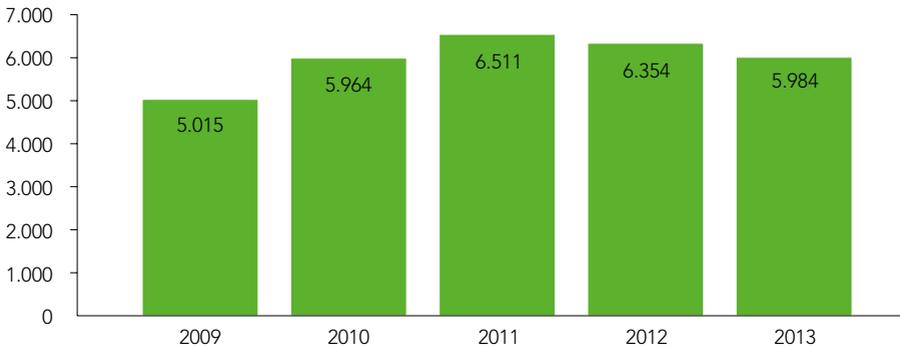
- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Organisation und Verfahren
- III. Statistik**
- IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
- V. Beispielfälle
- VI. Anhang

Statistik

1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens

Im Berichtszeitraum 2013 ist die Zahl der Anfragen beim Ombudsmann erneut im Verhältnis zum Vorjahr gesunken. Insgesamt gingen beim Ombudsmann 5.984 Schlichtungsanfragen ein und damit 5,8 Prozent weniger als in 2012. Einen Überblick über die Beschwerdeentwicklung in den letzten fünf Jahren bietet die nachfolgende Grafik.

Beschwerdeaufkommen in den letzten fünf Jahren



Unter Berücksichtigung der knapp 42 Millionen bestehenden Verträge¹ in der Krankenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherung, für die der Ombudsmann zuständig ist, errechnet sich eine Beschwerdequote von knapp 0,014 Prozent. Hochgerechnet 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.

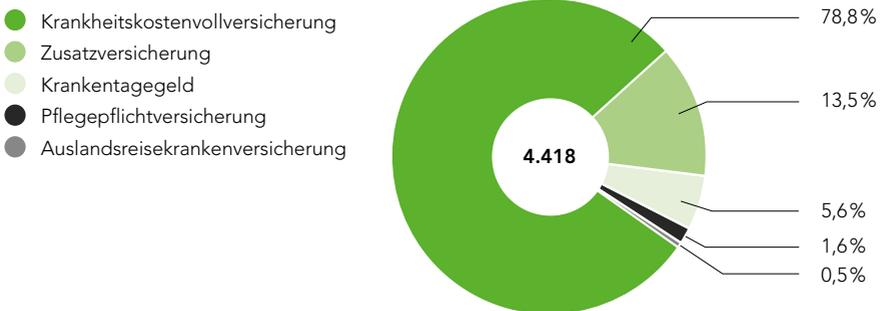
Die aktuelle Quote belegt erneut, dass die Versicherten größtenteils mit ihrer Krankenversicherung zufrieden sind.

¹ Stand 31.12.1013.

Die Institution des Ombudsmanns wird von den Versicherten als kompetente und vertrauensvolle Anlaufstelle wahrgenommen und akzeptiert. Die erneut gesunkenen Beschwerdezahl sind u. a. darauf zurückzuführen, dass die Beiträge in der Privaten Krankenversicherung größtenteils stabil gehalten werden konnten, sodass die Beitragsanpassungen nur gering ausfielen.

Von den im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden waren 4.418 und damit 73,8 Prozent zulässig. 145 Verfahren wurden nachträglich eingestellt, da sich das Beschwerdeanliegen, z. B. durch vorherige Einigung mit dem Krankenversicherer, außerhalb des Ombudsmannverfahrens erledigt hatte.

Verteilung der zulässigen Beschwerden nach Art des Versicherungsvertrages 2013



Die Verteilung der Beschwerden auf einzelne Themengebiete hat sich gegenüber den Vorjahren nur geringfügig verändert. 78,8 Prozent entfielen auf die Krankheitskostenvollversicherung, 13,5 Prozent auf Zusatzversicherungen. Bei letzteren handelt es sich überwiegend um Ergänzungsversicherungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Im Verhältnis zum Jahr 2012 ist das Beschwerdeaufkommen in der Krankheitskostenvollversicherung um ca. zwei Prozent gesunken, während es in den Zusatzversicherungen um ein Prozent gestiegen ist. Hierdurch wird deutlich, dass den Zusatzversicherungen in Ergänzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung eine immer höhere Bedeutung zukommt. Ebenfalls leicht gestiegen, auf 5,6 Prozent, sind die Eingaben im Zusammenhang mit Krankentagegeldversicherungen. Selten haben sich die Versicherten mit Fragen rund um die Private Pflege-

Verteilung des
Beschwerde-
aufkommens

pflichtversicherung (1,6 Prozent) und die Auslandsreisekrankenversicherung (0,5 Prozent) an den Ombudsmann gewandt. Dies ist im Hinblick auf die Vielzahl der Verträge in diesem Bereich besonders auffällig.

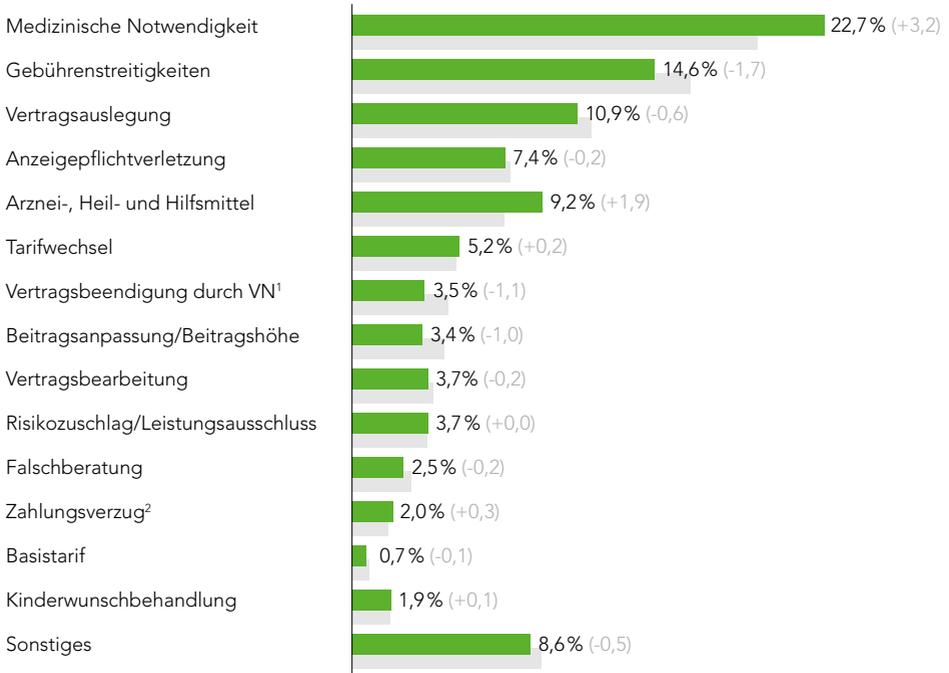
Krankheitskostenvollversicherung

Wie in den letzten Jahren liegt der Schwerpunkt der Beschwerden bei Fragen im Zusammenhang mit der medizinischen Notwendigkeit einzelner Behandlungsmaßnahmen (22,7 Prozent). Darunter fallen alle Beschwerden, die sich auf die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlungen, Krankenhausaufenthalten, Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln beziehen. Versicherungs-

Medizinische
Notwendigkeit

Verteilung der Beschwerdethemen 2013 (Veränderung zum Vorjahr)

Insgesamt in der Krankheitskostenvollversicherung: **3.479** (78,8%)



1 Versicherungsnehmer

2 Beschwerden zu diesem Thema wurden im Tätigkeitsbericht 2012 zu „Sonstiges“ gezählt

schutz besteht nach den Versicherungsbedingungen, wenn die Maßnahmen „medizinisch notwendig“ und im vereinbarten Versicherungsumfang enthalten sind. Was medizinisch notwendig ist, lässt sich stets nur im Einzelfall bestimmen und bei der Einschätzung besteht ein großer Auslegungsspielraum. Die Anzahl der Beschwerden zu diesem Themenkomplex ist gestiegen, wodurch deutlich wird, dass die Versicherer aufgrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen zunehmend kritischer prüfen und immer häufiger über die Frage diskutiert werden muss.

Die Anfragen, in denen es um die Auslegung und Anwendung der Gebührenordnungen wie der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) geht, sind weiterhin leicht rückläufig (14,6 Prozent). Trotz dieses leichten Rückgangs ist zu beobachten, dass die Versicherungsunternehmen Arztrechnungen aufgrund des ständig steigenden Kostendrucks im Gesundheitswesen genauer prüfen als früher. Eine großzügige Handhabung der Erstattung von Arztrechnungen oder Kulanzleistungen sind zur Wahrung der Beitragsstabilität häufig nicht möglich.

Gebühren-
streitigkeiten

Nahezu unverändert ist der Anteil der Beschwerden aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung bei Vertragsschluss (7,4 Prozent). Eine solche liegt vor, wenn der Versicherungsnehmer im Antrag unvollständige oder falsche Angaben, bspw. zu Fragen nach dem 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: 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 Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten.

Anzeigepflicht-
verletzungen

Eingaben, mit denen sich die Versicherten gegen Beitragsanpassungen ihres Versicherers wenden, sind erneut im Vergleich zu den Vorjahren zurückgegangen (auf nunmehr 3,4 Prozent). Die

Beitrags-
anpassungen

Beiträge blieben in der Privaten Krankenversicherung zum Jahr 2014 größtenteils stabil, notwendige Anpassungen fielen moderat aus. Insbesondere wurden die neu eingeführten geschlechtsunabhängigen Tarife (Unisex-Tarife) sehr gut kalkuliert, was sich positiv auf die Stabilität der Beiträge auswirkt.

Basistarif

Der Anteil der Anfragen im Zusammenhang mit dem Basistarif hat sich mit 1,9 Prozent kaum verändert. 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. Die dem Ombudsmann vorgetragenen Streitigkeiten betreffen hier oftmals die Frage, ob ein Kontrahierungszwang zur Aufnahme in den Basistarif besteht oder in welchem Umfang der Versicherer zur Leistung verpflichtet ist.

Kinderwunschbehandlungen

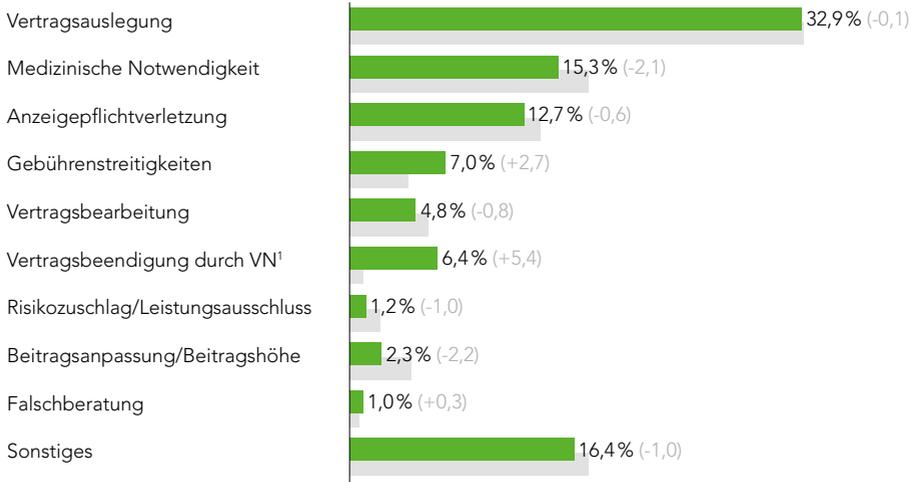
Beschwerden, mit denen Versicherungsnehmer die Übernahme der Kosten für eine künstliche Befruchtung begehren, sind gegenüber dem Vorjahr mit 0,7 Prozent nahezu konstant. Es besteht nach der Rechtsprechung unter bestimmten, genau definierten Voraussetzungen eine Leistungspflicht desjenigen Versicherers, bei dem der Verursacher der Kinderlosigkeit versichert ist. Das setzt voraus, dass die Kinderwunschbehandlung vom Versicherungsschutz umfasst ist.

Zusatzversicherungen

Der Zuwachs 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.

Vertragsauslegung

Der Schwerpunkt der Beschwerden bezieht sich mit 32,9 Prozent nach wie vor auf die vertragsrechtliche Ausgestaltung. Der Umfang des Versicherungsschutzes wird über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife einschließlich der Tarifbedingungen definiert. Da sich die Leistungsvoraussetzungen in der Privaten Krankenversicherung, anders als beim Standardangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung, nach dem individuell vereinbarten Versicherungsschutz richten, kommt es hier oft zu Missverständnissen in der Auslegung und Anwendung der Versicherungsbedingungen.

Verteilung der Beschwerdethemen 2013 (Veränderung zum Vorjahr)**Insgesamt** in Zusatzversicherungen: **598** (13,5%)

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 sei 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 nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartezeit die Heilbehandlung in Anspruch zu nehmen. In einem solchen Fall ist das Risiko jedoch bereits vor Vertragsschluss eingetreten und nicht mehr versicherbar.

Zahnzusatzversicherungen

1 Versicherungsnehmer

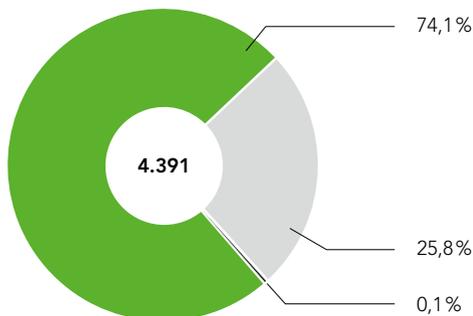
2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung

Im Jahr 2013 hat die Ombudsstelle insgesamt 4.391 Beschwerden abgeschlossen. Überdies bearbeiten die Mitarbeiter des Ombudsmanns täglich ungefähr 30 telefonische Anfragen. Auf diesem Weg können bereits einige Fragestellungen geklärt werden. Die Maßgabe der bereits erwähnten Richtlinie der Europäischen Kommission über die alternative Beilegung verbraucherrechtlicher Streitigkeiten, wonach Beschwerden zukünftig innerhalb von 90 Tagen nach Eingang der vollständigen Beschwerdeakte abgeschlossen sein sollten, konnte der Ombudsmann bereits 2013 weitestgehend erfüllen. Eilbedürftige Fälle wurden nach Möglichkeit sogar noch schneller bearbeitet.

Bei 25,8 Prozent der Abschlüsse konnte der Ombudsmann den Versicherten vollständig oder zumindest teilweise weiterhelfen. In 74,1 Prozent der Fälle war eine Unterstützung durch den Ombudsmann nicht möglich. Im Berichtsjahr wurden zwei Förmliche Empfehlungen gemäß § 7 Absatz 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 sehr geringe Zahl der förmlichen Empfehlungen die kompromissbereite Zusammenarbeit der Unternehmen mit dem Ombudsmann deutlich. Im Ergebnis konnten damit nahezu alle Beschwerden mit übereinstimmender sachlicher und rechtlicher Bewertung abgeschlossen werden.

Ergebnisse der zulässigen Beschwerden 2013

- Verfahrensabschlüsse
- Empfehlungen
- Förmliche Empfehlungen



Die Erfolgsquote lässt sich nicht auf bestimmte Themengebiete eingrenzen. Sie ist verteilt auf die Beschwerdegebiete, in etwa gleich hoch, sodass keine Tendenz erkennbar ist, dass Beschwerden in bestimmten Fragen vor dem Ombudsmann erfolgversprechender sind als andere. Ausnahmen sind z. B. die (wie erwähnt rückläufigen) 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 Entscheidung der einzelnen Unternehmen verständlich darzulegen und die Hintergründe zu erläutern. Dieser Dienst – nachvollziehbare Erläuterungen und die Einschätzung eines neutralen und sachkundigen Dritten – wird von den Versicherten durchaus dankbar aufgenommen.

War eine Unterstützung durch den Ombudsmann möglich, bedeutet dies 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, sodass 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 verständlich und nachvollziehbar 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. Die letzte Konferenz wurde im April 2013 durchgeführt.

Aufklärungsarbeit
des Ombudsmanns



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

Ausgewählte Beschwerdethemen

1. Tarifwechsel: Bisex oder Unisex

Keine Neuabschlüsse
nach Bisex-Tarifen
mehr möglich

Mit Urteil vom 01.03.2011 hat der Europäische Gerichtshof entschieden, dass die privaten Krankenversicherer ab dem 21.12.2012 keine Tarife mehr anbieten dürfen, die sich hinsichtlich der Prämien oder Leistungen nach dem Geschlecht unterscheiden, sog. Bisex-Tarife. Die Umsetzung bei Neuverträgen erfolgte aus der Sicht des Ombudsmanns weitestgehend unproblematisch. Aufgrund des eindeutigen Stichtages war klar geregelt, dass Verträge, die nach dem 21.12.2012 geschlossen wurden, zwingend in der Unisex-Welt zu führen sind.

Jedoch stellt sich die Frage, welche Bedeutung das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für die Bestandsversicherten hat, insbesondere bei Veränderungen des Versicherungsschutzes.

Bisex-Tarife haben
Bestandsschutz

Grundsätzlich dürfen vor dem 21.12.2012 geschlossene Krankenversicherungsverträge auch in der Bisex-Welt fortgeführt werden. In Absprache mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht können derartige Verträge im Rahmen eines Tarifwechsels nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auch zukünftig in einen anderen Bisex-Tarif umgestellt werden. Die Versicherten haben aus § 204 VVG einen einseitigen Anspruch auf Durchführung des Tarifwechsels gegen die Versicherer. Ausgehend von dem gesetzgeberischen Anliegen, dass bei einer Vertragsumstellung die aus dem Vertrag erworbenen Rechte anzurechnen sind, ist kein Wechsel in die Unisex-Welt zwingend, es sei denn, der Versicherte wünscht dies ausdrücklich. Dabei ist ohne Einfluss, dass im Rahmen des Tarifwechsels Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse erforderlich sein können, denn diese sind nach § 204 VVG ausdrücklich vorgesehen. Die Änderung einer Selbstbehaltsstufe erfolgt ebenfalls im Rahmen des Tarifwechsels.

Ein Wechsel in einen Unisex-Tarif ist nur dann erforderlich, wenn eine so wesentliche Änderung vorgenommen wird, dass der geänderte Vertrag einem Neuabschluss gleichkommt. Dies ist der

Fall, wenn ein wesentliches Merkmal des Versicherungsvertrages geändert wird, die Änderung noch nicht im ursprünglichen Vertrag angelegt war und eine einvernehmliche Einigung der Vertragsparteien erforderlich ist.

In der Praxis kann es zu verschiedenen Fragestellungen bei der Umsetzung eines Tarifwechsels kommen. Hervorzuheben ist ein Wechsel von Bausteintarifen, d. h. Tarifen, die jeweils einzeln ein bestimmtes Leistungsspektrum absichern (z. B. ambulante bzw. stationäre Heilbehandlungen oder Zahnbehandlungen), in einen Kompakttarif, der gleichzeitig verschiedene Leistungsbereiche absichert. Auch hier kann der Wechsel grundsätzlich innerhalb der Bisex-Welt erfolgen.

Sollen jedoch vorhandene Bausteintarife durch weitere ergänzt werden, sind diese neuen Tarife in der Unisex-Welt zu versichern. Beide Welten können unproblematisch für einen Versicherten kombiniert werden.

Hingegen ist ein Verbleib in der Bisex-Welt ausgeschlossen, wenn der Versicherungsschutz von einer Krankheitskostenvollversicherung in eine Ergänzungsversicherung zur Gesetzlichen Krankenversicherung umgestellt wird. Mangels Gleichartigkeit des Versicherungsschutzes liegt kein Tarifwechsel nach § 204 VVG vor. Tarife sind nur dann als gleichartig anzusehen, wenn sie gleiche Leistungsbereiche umfassen und der Versicherungsnehmer in diesen Tarifen versicherungsfähig ist. Da eine Krankheitskostenvollversicherung und eine Ergänzungsversicherung jeweils andere Leistungsbereiche umfassen, sind diese nicht gleichartig im Sinne von § 204 VVG. Vielmehr stellt der Abschluss der Zusatzversicherung einen neuen Vertrag dar, der zwingend in der Unisex-Welt zu führen ist.

Gleichartiger
Versicherungsschutz

2. Kündigung ohne Nachversicherungsnachweis

Seit dem 01.01.2009 besteht eine allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung. Nach dieser ist jede Person mit Wohnsitz im Inland dazu verpflichtet, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre

Versicherungspflicht
gem. § 193 Abs. 3
VVG

Heilbehandlung umfasst, abzuschließen und aufrechtzuerhalten.

Soweit ein Versicherungsnehmer eine Versicherung in diesem Sinne kündigen möchte, ist bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person ein neuer Krankenversicherungsvertrag zu schließen, der der oben genannten Pflicht genügt. Um die Versicherungspflicht fortlaufend sicherzustellen, sieht das Gesetz vor, dass eine Kündigung erst dann wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er bzw. die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

Dieser sogenannte Nachversicherungsnachweis beschäftigte den Ombudsmann in zahlreichen Konstellationen. Eine dieser Fallkonstellationen stellt die Kündigung des Krankenversicherungsvertrages einer mitversicherten volljährigen Person durch den Versicherungsnehmer dar. Hier stellte sich die Frage, ob es zur Wirksamkeit der Kündigung erforderlich ist, einen Nachversicherungsnachweis zu erbringen. Dies kann insbesondere dann problematisch sein, wenn die versicherte Person sich nicht um einen anderweitigen Versicherungsschutz bemüht und/oder auch sonst nicht an der Beschaffung des Nachversicherungsnachweises mitwirkt. Es ist daher zu klären, ob der Versicherungsnehmer trotzdem den entsprechenden Versicherungsteil wirksam kündigen kann.

Auch der Bundesgerichtshof (BGH) hat sich bereits mit dieser Problematik befasst. In dem zur Entscheidung vorgelegten Fall genoss der volljährige Sohn als mitversicherte Person Versicherungsschutz in der Krankheitskostenvollversicherung des Vaters. Als der Vater den Vertragsteil für seinen mitversicherten Sohn kündigen wollte, verlangte der Versicherer zur Wirksamkeit der Kündigung einen Nachweis über eine Anschlussversicherung. Der Vater forderte daraufhin seinen Sohn auf, sich um einen eigenen Krankenversicherungsschutz zu kümmern. Obwohl der Sohn zunächst signalisierte, sich um einen Versicherungsschutz zu bemühen, schloss er in der Folgezeit weder einen entsprechenden Vertrag ab, noch erklärte er gegenüber dem Versicherer, die alte Versicherung selbst als Versicherungsnehmer fortsetzen zu wollen.

In diesem Fall entschied der BGH mit Urteil vom 18.12.2013 (Aktenzeichen: IV ZR 140/13), dass die Kündigung der mitversicherten Person auch ohne den entsprechenden Nachversicherungsnachweis wirksam ist. Der Versicherungsnehmer habe im Fall der Kündigung eines Krankheitskostenversicherungsvertrages, der die Versicherungspflicht erfüllt, für einen volljährigen Mitversicherten nicht den Nachweis einer nahtlosen Anschlussversicherung für diesen zu führen. Zwar solle durch das Erfordernis eines Nachversicherungsnachweises ein nahtlos angrenzender Versicherungsschutz für den Versicherten sicher gestellt werden. Dieses Ziel werde aber auch dadurch erreicht, dass die versicherte Person für den Fall der Kündigung durch den Versicherungsnehmer berechtigt ist, binnen zweier Monate die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu erklären. Damit die versicherte Person von diesem Fortsetzungsrecht Gebrauch machen kann, muss diese von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Es sei daher ausreichend, das volljährige Kind über die Kündigung in Kenntnis zu setzen. Denn es könne dem Versicherungsnehmer nicht zugemutet werden, den Versicherungsvertrag alleine deshalb fortführen zu müssen, weil er ohne Vollmacht des volljährigen Mitversicherten nicht in der Lage ist, eine Anschlussversicherung für diesen abzuschließen.

Der Ombudsmann begrüßt diese Rechtsprechung, da sie der grundrechtlich geschützten Vertragsfreiheit Raum gibt, eine praxisnahe Lösung bietet und gleichfalls die Interessen der versicherten Person berücksichtigt.

3. Rückwirkende Vertragsanpassung als Folge einer Anzeigepflichtverletzung

Regelmäßig muss sich der Ombudsmann mit Beschwerden im Zusammenhang mit Anzeigepflichtverletzungen befassen. Liegt eine solche vor, stehen dem Versicherer, abgestuft nach dem Verschulden des Versicherungsnehmers, verschiedene Rechte zu. Für den Fall, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätte, sieht § 19 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vor, dass der Versicherungsvertrag rückwirkend „mit anderen Bedingungen“ versehen werden kann. Bei diesen Bedingungen handelt

Kenntnis der versicherten Person von der Kündigung genügt

Verletzung der Anzeigepflicht

es sich in der Praxis um Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse.

In einigen Fällen hatte der Ombudsmann zu prüfen, ob auch eine Abänderung der ursprünglich beantragten Tarife selbst in neue eine „andere Bedingung“ darstellt, die aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung Vertragsbestandteil würde. Als Konsequenz aus dieser einseitigen Änderung durch den Versicherer, würden dem abgeschlossenen Versicherungsvertrag rückwirkend völlig andere Tarifbedingungen zugrunde liegen. Zudem wäre ein deutlich höherer Monatsbeitrag zu zahlen gewesen wäre.

Rechtsprechung gibt es zu dieser Fragestellung, soweit ersichtlich, bislang nicht. In der rechtswissenschaftlichen Literatur wird die Auffassung zur Abänderung des vollständigen Versicherungsvertrages von der ganz herrschenden Meinung nicht geteilt. Auch aus der Gesetzesbegründung lässt sich für diese Ansicht nichts ableiten. Allerdings bewahrheitete sich die dort festgehaltene Einschätzung des Gesetzgebers, dass die „notwendige Feststellung, zu welchen Bedingungen, insbesondere zu welcher Prämie, der Vertrag mit dem nicht angezeigten Umstand geschlossen worden wäre, [...] im Einzelfall zu praktischen Schwierigkeiten führen [kann].“ Der Gesetzgeber selbst spricht in diesem Zusammenhang fast ausschließlich von der Prämienanpassung als „andere Bedingung“.

Der Ombudsmann ist der Ansicht, dass das Vertragsanpassungsrecht nicht so weit reicht, dass unter die Formulierung „zu anderen Bedingungen“ auch komplett andere Tarife oder andere Allgemeine Versicherungsbedingungen fallen. Der wesentliche Kern des ursprünglich beantragten Versicherungsschutzes muss erhalten bleiben, so dass lediglich die Rahmenbedingungen angepasst werden dürfen. Ansonsten würde es sich nicht mehr um den Vertrag handeln, den der Versicherungsnehmer ursprünglich beantragt hat, sondern um einen ganz anderen. Der Wortlaut des § 19 Abs. 4 VVG setzt aber gerade voraus, dass der Versicherer auch in Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung den Vertrag geschlossen hätte. Soweit das nicht der Fall ist, steht es dem Versicherer stattdessen offen, von seinem Rücktrittsrecht Gebrauch zu machen.

Zudem wird in der überwiegenden rechtswissenschaftlichen Literatur die Ansicht vertreten, dass die rückwirkende Vertragsanpassung nach § 19 Abs. 4 VVG als einseitiges Bestimmungsrecht der Billigkeit entsprechen muss. Die Einführung von anderen, niemals beantragten, Vertragsbedingungen, entspricht aus Sicht des Ombudsmanns nicht mehr der Billigkeit.

In diesem Zusammenhang bleibt abschließend festzuhalten, dass den Versicherern das Recht auf eine Vertragsanpassung oder Vertragsbeendigung aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung nur dann zusteht, wenn der Versicherungsnehmer gemäß § 19 Abs. 5 VVG durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen wurde. Die Rechtsprechung befindet sich insoweit noch in der Entwicklung. In letzter Zeit war allerdings eine Tendenz zu einer stark formalen Betrachtungsweise durch die Gerichte zu erkennen. Auch nach Auffassung des Ombudsmanns müssen die Versicherten eindringlich über die Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht informiert werden. Nur so kann ihnen deren große Bedeutung bei der Antragstellung bewusst gemacht werden.

Hinweispflicht des
Versicherers

4. Zahlungsverzug

Den Ombudsmann beschäftigten im Jahr 2013 auch wieder Beschwerden, in denen die Versicherten Zahlungsschwierigkeiten hatten und sich hilfeschend an die Schlichtungsstelle wandten.

Jeder, der einen privaten Krankenversicherungsvertrag unterhält, muss für diesen die entsprechenden Beiträge zahlen. Diese richten sich nicht nach dem Einkommen des Versicherten, sondern alleine nach dem versicherten Risiko. Der Beitrag kann auch nicht nachträglich im Hinblick auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherten reduziert werden.

Um eine Beitragsersparnis zu erzielen, ist es möglich, den Tarif zu wechseln. Die Tarifwechsellmöglichkeit ist in § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelt. Hiernach kann der Versicherungsnehmer bei bestehendem Versicherungsverhältnis vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz annimmt.

Beitragsverpflichtung
des Versicherungs-
nehmers

Einige Versicherte, die sich an den Ombudsmann wandten, gingen irrtümlich davon aus, dass sie sich einen Tarif nach ihren Wünschen und Preisvorstellungen zusammenstellen könnten. So war es einem Versicherten beispielsweise lediglich wichtig, eine stationäre Behandlung abzusichern, alle anderen Kosten könne er selbst übernehmen. Ein anderer wünschte ausdrücklich die Absicherung seiner Hörgeräteversorgung. Auch gibt es Versicherte, die sich ausschließlich eine Art Basisabsicherung zum Preis von bspw. 100,00 Euro vorstellen. Hierbei gilt jedoch, dass der Versicherte auf das Tarifangebot seines Versicherers beschränkt ist und nur daraus einen Tarif wählen kann. Der Ombudsmann bittet die Versicherer in Fällen des Zahlungsverzugs stets, alternative Tarife aufzuzeigen. Wenn der Beschwerdeführer bereits im günstigsten Tarif versichert ist, kann der Ombudsmann insoweit nicht weiterhelfen.

Basistarif und
Hilfebedürftigkeit

Im Zusammenhang mit Zahlungsschwierigkeiten informiert der Ombudsmann auch über den Basistarif. Bei diesem handelt es sich um eine vom Gesetzgeber vorgeschriebene Grundsicherung in der Privaten Krankenversicherung, die sich in Art und Umfang an den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung orientiert. Der Höchstbeitrag entspricht dem jeweils gültigen Höchstbeitrag in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Soweit bei dem Versicherten Hilfebedürftigkeit besteht, also wenn er seinen Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten kann, kann der Beitrag zum Basistarif halbiert werden. Die Hilfebedürftigkeit muss dem Versicherer durch Vorlage eines Bescheides vom Unterhaltsstelle nachgewiesen werden. Soweit bei dem Versicherten auch nach der Halbierung des Beitrages Hilfebedürftigkeit besteht, kommen Zuschüsse des zuständigen Sozialhilfeträgers in Betracht.

In einigen Beschwerdefällen befanden sich die Versicherten teilweise seit vielen Monaten oder sogar Jahren mit den Beitragszahlungen in Verzug. Den Ombudsmann verwunderte es, wenn in solchen Fällen nicht eher versucht wird, eine Lösung zu finden.

Ruhen der
Leistungen

Ist ein Versicherungsnehmer mit seinen Beiträgen zur Krankenversicherung im Rückstand und begleicht diesen trotz Mahnung des Versicherers nicht, ruhen die Leistungen des Versicherers (§ 193 Abs. 6 VVG). In dieser Zeit haftet der Versicherer aus-

schließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Das Ruhen der Leistungen bedeutet allerdings nicht, dass ebenfalls die Pflicht zur Beitragszahlung ruht. Der Beitrag ist vielmehr weiterhin fällig, auch wenn der Versicherte nicht seinen vollständigen Versicherungsschutz innehat.

Zum 01.08.2013 ist das „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ in Kraft getreten.

In diesem Zusammenhang wurde der Notlagentarif eingeführt. Dieser sieht gegenüber dem ursprünglichen Tarif einen geringeren Beitrag vor und soll säumigen Versicherten helfen, ihre Schuldenlast zu tilgen. Gleichzeitig soll er die Aussicht verbessern, wieder in den herkömmlichen Versicherungsschutz zurück zu kehren. Das gelang auch in einzelnen Beschwerdefällen.

Aufgrund der erst angelaufenen Umsetzung der neuen Rechtslage, werden sich etwaige Probleme wohl erst bei der Beschwerdebearbeitung im Jahr 2014 zeigen.

Neuregelung:
Notlagentarif seit
dem 01.08.2013

5. Physiotherapie – Welche Kosten sind erstattungsfähig?

Auch in diesem Jahr wurde der Ombudsmann mit der Frage konfrontiert, in welcher Höhe die privaten Krankenversicherer für physiotherapeutische Behandlungen leistungspflichtig sind. Die Versicherten beanstanden dabei, dass die von den Physiotherapeuten tatsächlich in Rechnung gestellten Kosten teilweise auf die beihilfefähigen Höchstsätze gekürzt werden und somit regelmäßig ein Eigenanteil verbleibt.

Um den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers zu bestimmen, müssen zunächst der Versicherungsvertrag sowie die diesem zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen betrachtet werden. Oftmals wird hier die Höhe der erstattungsfähigen Leistungen genau beziffert. So bestimmen einige Versicherungsbedingungen, dass physiotherapeutische Behandlungen nur bis zu den beihilfefähigen Höchstsätzen erstat-

Inhalt der Versicherungsbedingungen

tet werden. Andere Verträge sehen eine Begrenzung auf die Kosten vor, die ein Arzt nach der Gebührenordnung für Ärzte abrechnen dürfte. Eine Kostenerstattung kann dann auch nur in diesem Rahmen erfolgen. Gerade in neueren Verträgen sind oftmals Preisverzeichnisse Vertragsbestandteil, in denen die erstattungsfähigen Kosten einzelner Behandlungen konkret beziffert sind.

Sehen die Versicherungsbedingungen jedoch keinerlei Regelung zu der erstattungsfähigen Höhe von physiotherapeutischen Behandlungen vor, bedeutet dies nicht zwingend, dass der Versicherer nunmehr jede Rechnung in beliebiger Höhe begleichen muss. Die Frage ist, nach welchen Grundsätzen in solchen Fällen eine Kostenerstattung zu erfolgen hat.

Ortsübliche
Vergütung

Zu beachten ist hierbei zunächst, dass es für die Leistungen der Physiotherapeuten, anders als dies beispielsweise bei Ärzten der Fall ist, kein eigenes Gebührenverzeichnis gibt. Zwischen dem Patienten und dem Therapeuten kommt ein Dienstvertrag nach § 611 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zustande. Sofern bei einem Dienstvertrag die Vergütung nicht bestimmt ist, gilt nach § 612 Absatz 2 BGB in Ermangelung einer taxmäßigen Vergütung „die übliche Vergütung“ als vereinbart. Als übliche Vergütung bezeichnet man die nach einer festen Übung für gleiche oder ähnliche Dienstleistungen an dem betreffenden Ort gewöhnlich gewährte Vergütung.

Aber anhand welcher Kriterien werden nun diese ortsüblichen Preise für Physiotherapeuten ermittelt?

Rechtsprechung

Die Rechtslage zu diesem Thema ist immer noch uneinheitlich und umstritten. Eine höchstrichterliche Klärung der Streitfrage steht bisher aus. So sind Gerichtsentscheidungen ergangen, in denen die Erstattung von beihilfefähigen Höchstsätzen als ausreichend angesehen wurde. Die überwiegende Rechtsprechung stellt jedoch allein auf den Kreis der privat Krankenversicherten ab. Das bedeutet, dass der Betrag als ortsüblich anzusehen ist, den ein Privatpatient an dem betreffenden Ort durchschnittlich zu zahlen hat. Die Beihilfesätze seien schon deswegen nicht heranzuziehen, weil diese sich nicht an den Kosten orientieren, die den Beihilfeberechtigten tatsächlich entstanden sind. Vielmehr resultiert die Festlegung der Beihilfesätze aus einer Abwägung zwischen der Pflicht des Dienstherrn zur Fürsorge und der Ei-

genverantwortung des Beihilfeberechtigten. Dies könne nicht ohne Weiteres auf die Private Krankenversicherung übertragen werden.

Der Ombudsmann schließt sich der überwiegenden Rechtsprechung an. Das betreffende Versicherungsunternehmen wird folglich im Ombudsmannverfahren gebeten, darzulegen, wie es die aus seiner Sicht erstattungsfähigen Preise ermittelt hat und ob diese den Kosten entsprechen, die ein Privatpatient an dem betreffenden Ort durchschnittlich zu zahlen hat.

Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens gibt es allerdings nicht die Möglichkeit, die Ausführungen des Versicherers nachzuprüfen. Denn im kostenlosen Ombudsmannverfahren können kostenintensive Erhebungen, etwa anhand geeigneter Gutachten, nicht erwartet werden. Sofern dem Ombudsmann also keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die von dem Versicherer genannten Preise nicht ortsüblich sind, kann sich dieser nicht für eine höhere Kostenerstattungspflicht aussprechen.

Vielmehr obliegt es den Versicherten selbst, weitergehende Angaben zu machen. Sind diese der Auffassung, dass für die jeweilige Behandlung ein höherer Preis üblich sein sollte, müssten sie dies genauer darlegen und beweisen. Denn auch im privaten Versicherungsrecht gilt der allgemeine Grundsatz, nach dem derjenige, der von seinem Vertragspartner eine Leistung beansprucht, die Voraussetzungen des vermeintlichen Anspruchs nachweisen muss. Sollte der Versicherte nachgewiesenen haben, dass an seinem Wohnort höhere Preise üblich sind, spricht sich der Ombudsmann dafür aus, dass der Versicherer diese anerkennt.

Nachweis der
Üblichkeit durch
den Versicherten

6. Versicherungsvermittler

Wie in den letzten Jahren haben den Ombudsmann auch im Jahr 2013 Beschwerden über Versicherungsvermittler, insbesondere Versicherungsmakler, beschäftigt. Die Beschwerden betreffen im Wesentlichen zwei Fallkonstellationen:

Die Beschwerdeführer beklagen eine fehlerhafte oder unzureichende Beratung des Vermittlers zu den Inhalten des angebote-

Gesundheits-
angaben im
Antragsformular

nen Versicherungsschutzes und die möglichen negativen rechtlichen Auswirkungen, nachdem sie sich für den angebotenen Versicherungsschutz entschieden haben.

Noch häufiger geht es um die vom Beschwerdeführer gegenüber dem Vermittler beim Ausfüllen des Antragsformulars gemachten Gesundheitsangaben zu bestehenden Vorerkrankungen. Die Beschwerdeführer werfen dem Versicherungsvermittler vor, nicht ausreichend darüber aufgeklärt worden zu sein, welche Angaben sie bei den Gesundheitsfragen im Antragsformular hätten machen müssen. Obwohl sie dem Vermittler die bei ihnen bestehenden Erkrankungen und ärztlichen Behandlungen bei Antragsstellung mitgeteilt hätten, habe dieser deren Erheblichkeit heruntergespielt und nicht im Antragsformular vermerkt.

Die Nichtaufnahme bestehender Vorerkrankungen hat häufig zur Folge, dass die Versicherer von den gesetzlichen Rechten im Zusammenhang mit einer Anzeigepflichtverletzung Gebrauch machen, d. h. rückwirkend einen Risikozuschlag für nicht angezeigte Vorerkrankungen erheben, bzw. einen Leistungsausschluss vornehmen oder sogar ganz vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Im schlimmsten Fall ficht der Versicherer den Vertrag sogar wegen arglistiger Täuschung an.

Im Ombudsmannverfahren ist folglich zu klären, ob dem Versicherungsvermittler ein Fehlverhalten vorgeworfen werden kann, der ursprünglich vereinbarte Versicherungsschutz wieder herzustellen ist oder ein Schadensersatz gezahlt werden muss.

Dabei ist zu beachten, dass der Ausgang des Ombudsmannverfahrens ganz wesentlich davon abhängt, welche rechtliche Stellung der eingeschaltete Versicherungsvermittler hat, d. h. ob ein Versicherungsvertreter oder ein Versicherungsmakler bei der Beratung tätig geworden ist.

Versicherungsver-
treter

Ein Versicherungsvertreter wird von einem Versicherer damit beauftragt, gewerbsmäßig Versicherungsverträge zu vermitteln oder abzuschließen. Der Versicherungsvertreter ist „Auge und Ohr“ des Versicherers. Er vertritt den Versicherer in allen Angelegenheiten im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages. Während Ausschließlichkeitsvertreter nur für einen einzigen Versicherer tätig werden und ausschließlich des-

sen Produkte vermitteln, werden Mehrfachagenten für mehr als einen Versicherer tätig.

Im Gegensatz dazu übernehmen Versicherungsmakler für ihre Kunden und Auftraggeber die Vermittlung oder den Abschluss von Versicherungsverträgen, ohne von einem Versicherer oder Versicherungsvertreter damit betraut worden zu sein. Der Versicherungsmakler ist der treuhänderische Sachwalter des Versicherungsnehmers und steht im Lager seines Auftraggebers.

Diese unterschiedliche Stellung von Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler hat sowohl Auswirkungen auf die Beratungspflichten als auch auf die Haftung. Beispielsweise beschränkt sich die Beratung des Versicherungsvertreters nur auf die Versicherungsprodukte des Versicherers, in dessen Interesse er tätig wird. Der Makler schuldet seinem Kunden grundsätzlich eine Beratung auf der Basis sämtlicher auf dem Markt befindlicher Produkte.

Während sich der Versicherer einen Beratungsfehler des für ihn tätigen Versicherungsvertreters zurechnen lassen muss und für den entstandenen Schaden haftet, muss er für eine falsche oder unzureichende Beratung eines Versicherungsmaklers nicht einstehen. Der Kunde muss sich im Fall einer Falschberatung vielmehr direkt an seinen Makler wenden und diesen in die Haftung nehmen. Die rechtliche Position des Versicherungsnehmers ist gegenüber Versicherungsvertretern somit besser, da die Versicherer für Falschberatungen einstehen müssen.

Die Beratung selbst richtet sich nach dem Beratungsanlass, d. h. nach den persönlichen Vorkenntnissen des Kunden und der Komplexität des Versicherungsprodukts. Hebt ein Versicherungsvermittler die Vorteile des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen hervor und empfiehlt dieses, muss er über sämtliche Folgen des Versichererwechsels aufklären. Er muss seinem Kunden einen geordneten und nachvollziehbaren Überblick über alle wesentlichen leistungs- und beitragsrelevanten Unterschiede der bestehenden und der angebotenen Versicherung aufzeigen.

Beim Nachweis, ob eine Beratung umfassend und richtig war, spielt das vom Versicherungsvertreter bzw. Versicherungsmakler über die Beratung zu erstellende Beratungsprotokoll eine wich-

tige Rolle. Die in § 61 Versicherungsvertragsgesetz geregelte Dokumentationspflicht erstreckt sich nicht nur auf den erteilten konkreten Versicherungsrat, sondern auch auf die Erfassung der Wünsche und Bedürfnisse des Kunden sowie den wesentlichen Inhalt der gesamten Beratung. Eine unterlassene Dokumentation begründet eine Vermutung dafür, dass die Beratung nicht erfolgt ist. Dieser Anschein kann vom Versicherungsvertreter bzw. Makler nur durch Abgabe einer nachvollziehbaren Erklärung erschüttert werden, weshalb die entsprechenden Angaben nicht im Beratungsprotokoll vermerkt wurden. Daher ist es für einen Versicherungsvermittler stets empfehlenswert, den Inhalt des Beratungsgesprächs genau zu dokumentieren. In der Praxis geschieht dies oftmals nicht in ausreichender Weise.

Beratungsprotokoll

Zu beachten ist weiter, dass der Kunde auch die Möglichkeit hat, auf die Beratung oder Dokumentation zu verzichten. Das ist durch eine gesonderte schriftliche Erklärung möglich, in welcher der Versicherungsnehmer vom Versicherungsvermittler ausdrücklich darauf hinzuweisen ist, dass sich ein Verzicht nachteilig auf eine etwaige Haftung auswirken kann. Der Versicherungsnehmer ist über die Tragweite dieses Verzichts ausreichend aufzuklären und muss diese auch verstanden haben.

Leider kommt es im Ombudsmannverfahren nur selten vor, dass Versicherungsvermittler oder Versicherungsmakler einen Beratungsfehler einräumen. Es steht meist Aussage gegen Aussage. Der Ombudsmann kann in diesen Fällen in der Regel nicht abschließend aufklären, wie das Antragsgespräch bzw. die Beratung tatsächlich verlaufen ist. Eine einseitige Entscheidung zugunsten des Beschwerdeführers ist somit nicht möglich.

Auffällig ist, dass viele Versicherungsmakler nach Abschluss des Vertrages für ihre Kunden nicht mehr erreichbar sind. Sie sind dann regelmäßig im Ombudsmannverfahren unter der angegebenen Anschrift nicht mehr zu ermitteln und können deshalb nicht in das Verfahren einbezogen werden. Leider gelingt es nur in wenigen Fällen dieser Art, eine neue Anschrift des Versicherungsmaklers ausfindig zu machen. Es gibt ein Verzeichnis der Industrie- und Handelskammer, in dem sich Versicherungsvermittler/-berater registrieren lassen müssen (www.vermittlerregister.info). Dieses unterstützt den Ombudsmann bei der Suche nach aktuellen Kontaktdaten.

Die Aufsicht über die Vermittler haben momentan die etwas über 80 Industrie- und Handelskammern inne. Im Interesse der Versicherten würde es der Ombudsmann sehr begrüßen, wenn diese Aufsicht nur durch eine einzige Behörde wahrgenommen werden würde.



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

Beispielfälle aus der Ombudsmannpraxis

1. PKV oder GKV?

Der Beschwerdeführer beantragte eine Aufnahme im Basisarbit. Dies lehnte der Versicherer mit der Begründung ab, der Beschwerdeführer müsse sich an die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wenden, die Private Krankenversicherung (PKV) sei nicht zuständig. Der Beschwerdeführer sei zwar zuvor privat krankenversichert gewesen, allerdings hatte der vorherige Versicherer den Vertrag angefochten. Dieser sei von Anfang an als nichtig anzusehen, so dass rechtlich gesehen zu keinem Zeitpunkt ein Versicherungsschutz in der PKV bestanden hätte. Es müsse daher auf die letzte rechtmäßige Krankenversicherung abgestellt werden, in diesem Fall eine gesetzliche Krankenkasse.

Dieser Einschätzung konnte sich der Ombudsmann nicht anschließen. Aus § 193 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ergibt sich zum einen die Versicherungspflicht, zum anderen der Kontrahierungszwang für den Basisarbit. Nach § 193 Abs. 5 VVG ist der Versicherer verpflichtet, u.a. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, Versicherung im Basisarbit zu gewähren. Der Beschwerdeführer war nach Auffassung des Ombudsmanns nicht versicherungspflichtig in der GKV. Zivilrechtlich betrachtet ist der Versicherungsvertrag durch die Anfechtung von Anfang an als nichtig anzusehen (§ 142 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch). Das bedeutet aber nicht, dass während dieser Zeit – im sozialversicherungsrechtlichen Sinne – von einer nicht versicherten Zeit auszugehen ist. Schließlich steht dem Versicherer trotz der Anfechtung die Prämie bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung zu. Der Beschwerdeführer war zuletzt als privat und nicht gesetzlich versichert anzusehen. Der Ombudsmann sprach sich dafür aus, den Beschwerdeführer im Basisarbit aufzunehmen. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung.

2. Falsche Auskunft

Der Beschwerdeführer unterhielt eine Zahnzusatzversicherung. Nach dem versicherten Tarif wurden Aufwendungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen zu 30 Prozent erstattet. Nun wurde eine umfangreiche prothetische Behandlung erforderlich. Um die voraussichtlich zu erwartende Höhe der Erstattungsleistungen zu erfahren, reichte der Beschwerdeführer vor Behandlungsbeginn den Heil- und Kostenplan über ca. 5.000,00 Euro beim Versicherer ein. In seinem Antwortschreiben erklärte dieser, dass er voraussichtlich 2.500,00 Euro der erstattungsfähigen Aufwendungen erhalten würde. Daraufhin ließ der Beschwerdeführer die zahnärztliche Behandlung wie geplant durchführen.

Sowohl dem Beschwerdeführer als auch dem Versicherer war dabei nicht aufgefallen, dass sich die Auskunft des Versicherers nicht auf den versicherten Tarif bezog, aus dem 30 Prozent der Aufwendungen erstattungsfähig sind, sondern auf einen anderen Tarif, der eine Kostenerstattung von 50 Prozent der Aufwendungen vorsah. Nachdem der Beschwerdeführer die Behandlungsrechnung beim Versicherer einreichte, erhielt er entgegen der vorherigen Auskunft eine Kostenerstattung aus dem versicherten Tarif in Höhe von 1.500,00 Euro (also 30 Prozent). Hiermit war der Beschwerdeführer nicht einverstanden und wandte sich an den Ombudsmann.

Nach Auffassung des Ombudsmanns handelte es sich bei der erteilten Auskunft nicht um eine Leistungszusage, also um ein rechtsverbindliches Schuldversprechen. Dies wurde darin deutlich, dass das Schreiben mit „Auskunft“ überschrieben war und die Höhe der Kostenerstattung lediglich „voraussichtlich“ angegeben wurde. Insbesondere bezog sich die Angabe zur voraussichtlichen Höhe der Kostenerstattung konkret auf den vom Beschwerdeführer nicht versicherten Tarif. Ein Anspruch auf Kostenerstattung in dieser Höhe aus dem tatsächlich versicherten Tarif konnte aus der Mitteilung des Versicherers nicht abgeleitet werden. Auch hätte der Beschwerdeführer bei entsprechender Sorgfalt erkennen können, dass der Versicherer einen unzutreffenden Tarif zugrunde gelegt hatte.

Andererseits war vorliegend zu berücksichtigen, dass der Versicherungsnehmer den Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn gerade deshalb bei seinem Versicherer einreichte, um eine Auskunft über die voraussichtlich zu erwartende Höhe der Erstattungsleistungen zu erhalten. Diese sollte die Wahl des Zahnersatzes erleichtern. Diese Auskunft hat er auch erhalten und sich auf die darin enthaltenen Aussagen verlassen. Obwohl kein Anspruch auf eine höhere Erstattung bestand, sich aber beide Seiten ein Versäumnis zurechnen lassen mussten, empfahl der Ombudsmann im Sinne einer gütlichen Einigung, dass der Versicherer entgegenkommend die Hälfte der Differenzkosten zwischen den jeweiligen tariflichen Leistungen zahlt. Dieser Empfehlung ist der Versicherer gefolgt.

3. Kein Nachversicherungsnachweis bei Widerruf

Der Beschwerdeführer widerrief gegenüber seinem Versicherer seinen erst wenige Tage zuvor geschlossenen Versicherungsschutz fristgerecht und bat um Aufhebung des Vertrages ab Beginn. Der Versicherer berief sich auf § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und teilte dem Beschwerdeführer mit, dass sein Widerruf erst dann wirksam werden könne, wenn er einen Nachweis über einen neuen Krankenversicherungsschutz bei einem anderen Krankenversicherungsunternehmen einreiche. Jede Person mit Wohnsitz in Inland sei verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Mit dieser Vorgehensweise war der Beschwerdeführer nicht einverstanden und fragte den Ombudsmann um Rat.

Nach Ansicht des Ombudsmanns hat der Gesetzgeber die Vorlage des Nachversicherungsnachweises ausdrücklich nur für den Fall einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer vorgesehen. Der Beschwerdeführer hatte den Vertrag jedoch widerrufen und nicht gekündigt. Im Fall des Widerrufs trägt der Versicherungsnehmer selbst die Verantwortung dafür, der Verpflichtung zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung weiterhin zu genügen. Wenn er nicht rechtzei-

tig für neuen Versicherungsschutz sorgt, sind in § 193 Absatz 4 VVG die rechtlichen Konsequenzen und Sanktionen geregelt. Der Versicherer schloss sich der Auffassung des Ombudsmanns an und beendete den Vertrag des Beschwerdeführers rückwirkend ab Beginn.

4. Nachrüstung von elektrischen Rollläden

Die Beschwerdeführer, ein älteres Ehepaar, bewohnten ein Einfamilienhaus. Beide waren pflegebedürftig im Sinne der Pflegepflichtversicherung. Aufgrund der gesundheitlichen Situation war das Ehepaar nicht mehr in der Lage, die Rollläden-Gurte zu bedienen. Daher sollte auf einen elektrischen Betrieb umgestellt werden, was in Form einer Wohnraumumfeldverbesserung im Rahmen der Pflegepflichtversicherung geltend gemacht wurde. Der Versicherer wollte sich an den Kosten der Umbaumaßnahme nicht beteiligen. Aufgrund dieser Ablehnung wandte sich das Paar an den Ombudsmann.

Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person möglich, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

Unter Berücksichtigung der pflegerischen Situation wurde ärztlich festgestellt, dass die Bedienung der Rollläden in keinem Zusammenhang mit den pflegerischen Maßnahmen stand. Bei der Prüfung wurden auch sicherheitsbedingte Aspekte und die Sonneneinstrahlung berücksichtigt. Die Umrüstung der Rollläden-Antriebe war als reine Modernisierungsmaßnahme für das Haus einzuordnen.

Da kein Zusammenhang mit den pflegerischen Maßnahmen festgestellt werden konnte, war die Haltung des Versicherers nicht zu beanstanden.

5. Leistungspflicht bei Neugeborenen

Die Ehefrau des Beschwerdeführers brachte eine gesunde Tochter zur Welt. Die Krankenhauskosten für seine neugeborene Tochter reichte der Beschwerdeführer mit der Bitte um Kostenerstattung bei seiner privaten Krankenversicherung ein. Schließlich war seine Tochter dort ebenfalls seit ihrer Geburt versichert. Eine Erstattungsleistung wurde seitens des Versicherers jedoch abgelehnt.

Wer die entstandenen Kosten für ein neugeborenes Kind zu tragen hat, bestimmt sich nach § 1 Absatz 5 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Danach ist die vom Krankenhaus angesetzte Fallpauschale für das gesunde Neugeborene mit dem für die Mutter zuständigen Kostenträger abzurechnen. Lediglich dann, wenn das Neugeborene krankheitsbedingt behandlungsbedürftig ist, ist die Fallpauschale mit dessen Kostenträger abzurechnen.

Da die Tochter des Beschwerdeführers gesund zur Welt kam, war die Krankenversicherung der Mutter auch für die im Rahmen der Geburt angefallenen Krankenhauskosten des Kindes leistungspflichtig. Gegenüber der eigenen Krankenversicherung des Kindes bestand kein Kostenerstattungsanspruch. Der Ombudsmann konnte dem Beschwerdeführer in diesem Fall nicht weiterhelfen.

6. Ohne Bahr kein Bares

Der Beschwerdeführer unterhielt einen Pflegeversicherungsvertrag. Im Zuge der Einführung der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung (sog. „Pflege-Bahr“) begehrte er die staatliche Förderung von der Deutschen Rentenversicherung Bund auch für seinen Versicherungsvertrag. Der Versicherer konnte die Förderung für den Beschwerdeführer nicht beantragen, weshalb sich dieser an den Ombudsmann wandte.

Gemäß § 127 Abs. 2 Nr. 2 des elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) liegt eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung nur vor, wenn das Versicherungsunternehmen für den konkreten Versicherungstarif allen in § 126 SGB XI genannten Personen

einen Anspruch auf Versicherung gewährt. Das bedeutet, dass der Tarif für jeden zugänglich sein muss.

Dies war bei dem von dem Beschwerdeführer unterhaltenen Versicherungsvertrag nicht der Fall. Denn dieser Vertrag sah eine Gesundheitsprüfung vor und stand damit nicht allen Personen im Sinne des § 126 SGB XI offen, sondern nur denen, die die für das Bestehen der Gesundheitsüberprüfung maßgeblichen Kriterien des Versicherers erfüllten. Der Ombudsmann konnte die Haltung des Versicherers nicht beanstanden.

7. Zahnstaffel für Kieferorthopädie

Der Sohn des Beschwerdeführers benötigte eine Spange. Der Versicherungsvertrag sah für kieferorthopädische Behandlungen eine sogenannte Zahnstaffel vor. Darüber hinaus wurde bei Versicherungsbeginn eine zusätzliche Leistungsbeschränkung auf maximal 500,00 EUR pro Versicherungsjahr für kieferorthopädische Behandlungen vereinbart, da bereits zu diesem Zeitpunkt eine Behandlung geplant war.

Mit der nachfolgenden Kostenerstattung berücksichtigte der Versicherer zunächst ausschließlich die tarifliche Leistungsstaffel, nicht aber die im Versicherungsschein zusätzlich dokumentierte Leistungsbeschränkung auf 500,00 Euro. Erst nachdem der Beschwerdeführer weitere Rechnungen einreichte, begrenzte der Versicherer nachträglich die Leistungen auf den individuell vereinbarten Maximalbetrag von 500,00 Euro und forderte die zu viel gezahlten Beträge zurück. Mit dieser Vorgehensweise war der Beschwerdeführer nicht einverstanden und fragte den Ombudsmann um Rat.

In den Versicherungsbedingungen des einschlägigen Tarifs war geregelt, dass der Versicherer die zu erwartenden Versicherungsleistungen verbindlich zusagt, nachdem ein Kostenvoranschlag eingereicht wurde. Der Ombudsmann kam zu dem Ergebnis, dass der Versicherer seine Leistungsverpflichtungen mit den ersten Abrechnungen verbindlich festlegte, indem er sich ausschließlich auf die tarifliche Leistungsstaffel berief. Eine nachträgliche Korrektur unter Einbeziehung des Maximalbetrages war damit ausgeschlossen. Der Versicherer folgte der Emp-

fehlung, verzichtete auf die Rückforderung und erstattete die offenen Kosten nach.

8. Wahlleistung ist nicht gleich Wahlleistung

Im Rahmen seines Versicherungsschutzes unterhielt der Beschwerdeführer einen Tarif, der die Wahlleistung 'Unterkunft im Zweibettzimmer' absicherte. Vor diesem Hintergrund nahm er im Rahmen einer stationären Behandlung ein Zweibettzimmer in Anspruch. Das Zweibettzimmer des Krankenhauses verfügte zwar über ein Telefon und einen Fernseher, die Benutzung der Geräte wurde allerdings von einem Drittanbieter ermöglicht, sodass dafür ein gesondertes Entgelt zu entrichten war. Als der Beschwerdeführer die Rechnung des Krankenhauses bei seinem Versicherer einreichte, erstattete dieser lediglich die Kosten für das Zweibettzimmer, nicht jedoch die zusätzlich angefallenen Kosten für die Nutzung von Telefon und Fernseher.

Die Vorgehensweise des Versicherers konnte der Ombudsmann nicht beanstanden. Denn die Unterbringungskosten – etwa im Rahmen eines Einzel- oder Zweibettzimmers – werden in der Regel zwischen den Krankenhäusern und den privaten Krankenversicherern vereinbart. Derartige Vereinbarungen können ganz unterschiedlich aussehen. So beinhalten einige Vereinbarungen nur die Erhebung eines Basispreises (= Preis für die reine Unterkunft), während andere Vereinbarungen zusätzliche Zuschläge für Komfortmerkmale vorsehen. Zu diesen Komfortmerkmalen können z. B. Fernseher, Telefon und Internet gehören, aber auch eine Zusatzverpflegung, ein Kühlschrank oder eine Tageszeitung können eingeschlossen sein. Nur wenn derartige Komfortmerkmale zusätzlich zwischen dem Krankenhaus und den privaten Krankenversicherern vereinbart werden, besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung aus dem Wahlleistungstarif.

Der Ombudsmann kann daher in derartigen Beschwerdefällen nur darauf hinweisen, dass sich die Versicherten im Vorfeld einer stationären Behandlung genau informieren sollten. Gerade dann, wenn auf besondere Komfortmerkmale Wert gelegt wird, bietet sich eine genaue Prüfung an, welche Leistungen das

Krankenhaus tatsächlich zur Verfügung stellt und welche Zusatzkosten anfallen können, die nicht vom Versicherungsschutz abgedeckt sind.

9. Unversicherbarkeitsklausel

Der Beschwerdeführer war im brancheneinheitlichen Basistarif versichert. Aufgrund seines Gesundheitszustandes wurde bei Abschluss des Vertrages eine besondere Vereinbarung dahingehend getroffen, dass keine anderen Tarife außer dem Basistarif bei demselben Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden dürfen (sogenannte Unversicherbarkeitsklausel). Einige Jahre später wollte der Beschwerdeführer den Tarif wechseln und bat den Versicherer, ihm geeignete Tarifmöglichkeiten vorzustellen. Dies lehnte der Versicherer mit der Begründung ab, dass der Beschwerdeführer bei Abschluss des Basistarifs die Unversicherbarkeitsklausel unterzeichnet hatte und es ihm bereits aus diesem Grund versagt sei, in einen anderen Tarif zu wechseln.

Der Ombudsmann folgte dieser Einschätzung nicht, denn die Vereinbarung einer Unversicherbarkeitsklausel verstößt gegen § 204 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Hiernach kann der Versicherungsnehmer bei einem bestehenden Versicherungsverhältnis vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellungen annimmt. Eine Abweichung von dieser Regelung zum Nachteil des Versicherungsnehmers ist gemäß § 208 VVG nicht zulässig.

Vor diesem Hintergrund bestand grundsätzlich ein Anspruch auf Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Krankheitskostentarif. Der Versicherer musste dem Beschwerdeführer Tarifwechselmöglichkeiten unterbreiten. Das bedeutete jedoch nicht, dass der Tarifwechsel uneingeschränkt möglich war. Sofern die Leistungen in dem neuen Tarif höher bzw. umfassender sind, als im Basistarif, kann der Versicherer eine erneute Gesundheitsprüfung vornehmen und für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Weiterhin kann der

Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelnden Risikozuschlag verlangen, der für die Dauer der Versicherung im Basis-tarif nicht angefallen ist.

10. Tarifwechsel in den Standardtarif

Der Beschwerdeführer unterhielt eine Krankheitskostenvollversicherung, die Leistungen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Aufwendungen vorsah. Um eine Beitragsreduzierung zu erzielen, wechselte der Beschwerdeführer in den Standardtarif. Obwohl mit dem Wechsel in den Standardtarif neben der Reduzierung der Beiträge auch eine Verringerung des Leistungsumfangs einherging, verlangte der Versicherer im Rahmen des Tarifwechsels einen Risikozuschlag für Mehrleistungen. Damit war der Beschwerdeführer nicht einverstanden.

Grundsätzlich eröffnet § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dem Versicherer die Möglichkeit, für im Zieltarif vorgesehene Mehrleistungen einen Risikozuschlag oder Leistungsausschluss zu vereinbaren. Ein Risikozuschlag kann also nur für höhere oder umfassendere Leistungen im Zieltarif vereinbart werden. Das Leistungsversprechen des Standardtarifs ist mit dem Leistungsniveau der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar, so dass Mehrleistungen im Standardtarif gegenüber den übrigen Tarifen in der privaten Krankheitskostenvollversicherung regelmäßig nur in einer Reduzierung des Selbstbehaltes auftreten.

Im vorliegenden Fall gab es eine einzige Mehrleistung im Standardtarif. Diese bestand darin, dass sich die Selbstbeteiligung bei Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel und Hilfsmittel um ca. 70,00 Euro reduzierte. Eine Reduzierung der Selbstbeteiligung bedeutet aber zugleich, dass sich der Leistungsanspruch gegenüber dem Versicherer erhöht. Der Versicherer muss also in einem höheren Umfang für erstattungsfähige Aufwendungen aufkommen. Daher stellt eine solche Reduzierung der Selbstbeteiligung eine Mehrleistung im Sinne des § 204 Abs. 1 VVG dar. Grundsätzlich wird eine Saldierung von Mehr- und Minderleistungen zwischen Ausgangs- und Zieltarif nicht durchgeführt.

Allerdings spricht sich der Ombudsmann in den Fällen, in denen die Mehrleistung im Zieltarif unverhältnismäßig gering ist

oder gar durch niedrigere Leistungen in allen anderen Bereichen vollständig kompensiert wird, für einen Verzicht auf den Risikozuschlag aus. Unter Berücksichtigung der Gesamtumstände empfahl der Ombudsmann dem Versicherer, auf den Risikozuschlag für die geringe Selbstbehaltsdifferenz durch den Wechsel in den Standardtarif zu verzichten. Dieser Empfehlung ist der Versicherer gefolgt.

11. Krankentagegeld und Verdienstaufschlag?

Der Beschwerdeführer entschied sich nach längerer Erkrankung, seine berufliche Tätigkeit teilweise wieder aufzunehmen. Sein behandelnder Arzt empfahl ihm eine sog. Wiedereingliederung für einen Zeitraum von sechs Monaten. Eine stufenweise Wiedereingliederung, auch „Hamburger Modell“ genannt, soll dem Arbeitnehmer eine Rückkehr in das Arbeitsleben nach längerer krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit erleichtern. Ziel dieser Maßnahme ist, den Arbeitnehmer wieder – zunächst stundenweise – in den Arbeitsprozess einzugliedern. Für diesen Zeitraum der Wiedereingliederung beehrte der Beschwerdeführer die Fortzahlung des Krankentagegeldes und berief sich auf eine Regelung in seinem Tarif, wonach Leistungen bei stufenweiser Wiedereingliederung für Arbeitnehmer vorgesehen waren. Der Versicherer lehnte eine Zahlung ab, da der Beschwerdeführer als Gesellschafter-Geschäftsführer kein Arbeitnehmer im Sinne dieser Regelung sei.

Die Ablehnung des Versicherers konnte der Ombudsmann rechtlich nicht beanstanden. Nach den Versicherungsbedingungen setzt der Anspruch auf Krankentagegeld Arbeitsunfähigkeit voraus. Eine solche liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Ein Krankentagegeld kann nur dann gezahlt werden, wenn der Versicherte in vollem Umfang – also zu 100 % – arbeitsunfähig ist. Im Rahmen einer Wiedereingliederung sind die Voraussetzungen für die Zahlung von Krankentagegeld nicht gegeben, da der Versicherte teilweise arbeiten kann.

Leidglich bei Arbeitnehmern sah der Tarif eine gesonderte Regelung vor, bei einer stufenweisen Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit, Leistungen zur Verfügung zu stellen. Der Ombudsmann stimmte allerdings mit dem Versicherer überein, dass der Beschwerdeführer nicht als Arbeitnehmer anzusehen war. Der Beschwerdeführer hatte ein Gewerbe angemeldet und sich selbst als Geschäftsführer angestellt. Bei dieser Konstellation konnte nicht von dem typischen Arbeitgeber/Arbeitnehmer-Verhältnis ausgegangen werden.

12. Palliative häusliche Behandlungspflege für ein fünfjähriges Kind

Die fünfjährige Tochter der Beschwerdeführer war schwer erkrankt und wurde zu Hause gepflegt. Die Pflege erfolgte 18 Stunden täglich durch einen Pflegedienst, der einen sog. Intensiv-Stundensatz von 38,55 EUR je Pflegestunde berechnete. Der Versicherer hielt einen Stundensatz von 20,00 EUR für angemessen. Die Kürzung begründete er damit, dass vom Pflegedienst nur ein unzureichender Leistungsnachweis vorgelegt worden sei. Für palliative häusliche Behandlungspflege gebe es keine amtliche Gebührenordnung. Die Höhe des Honorars richte sich nach der Pflegeintensität, der Ortsüblichkeit der Preise sowie dem Alter der zu pflegenden Person. Bei der Tochter der Beschwerdeführer sei nur eine Überwachung der Vitalfunktionen, aber keine ständige intensivmedizinische Betreuung notwendig.

Der Ombudsmann sprach sich für eine entgegenkommende Erstattung des vom Pflegedienst berechneten Stundensatzes in Höhe von 38,55 EUR aus, um den Eltern unwürdige Auseinandersetzungen über die Höhe des Preises der Pflege ihres sterbenden Kindes zu ersparen. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung und erklärte sich dazu bereit, den vom Pflegedienst berechneten Stundensatz bis zum Ende der Behandlung zu erstatten. Die Erstattung sollte davon abhängen, dass der Pflegedienst im Gegenzug einen detaillierten Leistungsnachweis vorlegte.



- 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: März 2014)



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



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta
 Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
 Tel.: (04441) 9 05-0 / Fax: (04441) 9 05-4 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de



ALTE OLDENBURGER Krankenversiche- rung von 1927 V.V.a.G.

Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta
 Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
 Tel.: (04441) 9 05-0 / Fax: (04441) 9 05-4 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de



ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München
 Postanschrift: Postfach 82 01 73,
 81801 München
 Tel.: (089) 41 24-02 / Fax: (089) 41 24-25 25
www.arag.de
service@arag.de



AXA Krankenversicherung 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



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



Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Warnanger 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



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

ERGO Direkt

ERGO Direkt Krankenversicherung AG

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 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



**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 VVAO 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



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

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 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 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



**Provincial 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-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 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



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

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



Europ Assistance Versicherungs-AG

Infanteriestraße 11, 80797 München
 Tel.: (089) 8 95 59 87-0 /
 Fax: (089) 8 95 59 87-1 99
www.europ-assistance.de
info@europ-assistance.de



Janitos Versicherung AG

Im Breitenspiel 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 95-17 20 / Fax: (0711) 16 95-11 00
www.wgv.de
kundenservice@wgv.de



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

Verbundene Einrichtungen



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



Postbeamtenkrankenkasse

Maybachstraße 54/56, 70469 Stuttgart
 Tel.: (0711) 13 56-0 / Fax: (0711) 13 56-33 97
www.pbeakk.de
uk@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.: 01804/224424 (24 Cent/Anruf aus dem deutschen Festnetz)

Fax.: 01804/224425

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 Versicherungszweig:

➤ **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 Karl-Josef Laumann

Friedrichstr. 108

10117 Berlin

Tel.: 030/18441-3420

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

Kontaktdaten

Herausgegeben vom
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Kronenstraße 13
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

Franziska Große

Clemens Hof

Antonia Kremp

Michelle Mahlke

Sandy Stephan

Judith Vollmer

Sekretariat

Susanne Boelitz

Mirela Piplica

Cathleen Prüfig

Jana Renz

Katrin Schütz

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

Stand: 17.04.2014

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