

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht

2014

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht 2014

Inhalt

Vorwort	2
I. Die Schlichtungsstelle	7
II. Organisation und Verfahren	11
Verfahrensgarantien	15
III. Statistik	17
1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens	18
2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung	24
IV. Ausgewählte Beschwerdethemen	29
1. Der Notlagentarif	30
2. Hörgeräte	32
3. Implantat oder Brücke	33
4. Sektorale Heilpraktiker	35
5. Krankentagegeld	37
6. Pflegepflichtversicherung	39
V. Beispielsfälle	45
1. Rettungshubschrauber – Falscher Alarm	46
2. Beamter sein oder nicht sein	46
3. Ab in den Urlaub	47
4. Arzneimittelbezug aus eigener Apotheke	48
5. Behandlungspflege	49
6. Gefängnis und Krankenversicherung	51
7. Hoffnung gegen Krebs	51
8. Kryokonservierung von Eizellen	52
9. Mit geschiedenen Eltern krank im Urlaub	53
10. Wegfall eines Risikozuschlages	54
VI. Ausblick	57
VII. Anhang	61
1. Statut des Ombudsmanns	62
2. Mitgliedsunternehmen	69
3. Weitere Anlaufstellen für die Versicherten	76
4. Kontaktdaten	78

Vorwort

Im Januar 2014 habe ich von Dr. Helmut Müller das Amt des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung übernommen. Der Einstieg in diese Tätigkeit wurde mir im ersten Monat durch eine intensive Zusammenarbeit mit meinem Vorgänger sehr erleichtert. Dafür möchte ich Dr. Müller hier noch einmal meinen herzlichen Dank aussprechen.



Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über das erste Jahr meiner Tätigkeit. Er steht bei allen wesentlichen Punkten im Zeichen großer Kontinuität. Wie in den beiden letzten Jahren ist die Zahl der eingegangenen Beschwerden und Anfragen geringfügig zurückgegangen. Auch die Verteilung des Beschwerdeaufkommens hat sich im Großen und Ganzen nicht sehr verschoben. Es ist aber ein erfreulicher Trend erkennbar, weil es zu leichten Rückgängen in Zusammenhang mit Anzeigepflichtverletzungen bei Vertragsschluss sowie mit Beitragsanpassungen kam.

Nicht nur diese Trends, sondern vor allem schon die angesichts von über 42 Millionen Verträgen sehr geringe Zahl von 5.875 Beschwerden (das entspricht einer Beschwerdequote von etwa 0,014 Prozent; legt man die Zahl der Abrechnungen zugrunde, wird die Quote noch geringer) zeigt die hohe Zufriedenheit der Kunden mit ihrer privaten Krankenversicherung. In den Medien wird leider oft ein anderer Eindruck vermittelt, wobei gerade über die tatsächlichen Ursachen und vor allem die rechtlichen Bedingungen und damit Schranken für Beitragserhöhungen wenig aufgeklärt wird. Hier kann der Ombudsman zwar selten den Wünschen der Versicherten nachkommen, er erläutert aber den Versicherten nachvollziehbar die Vorschriften und Verfahrenswesen.

Erfreulich sind auch die etwas größeren Rückgänge bei Beschwerden über Probleme beim Tarifwechsel. Hier erwarte ich durch die Auswirkungen des 2014 vom PKV-Verband veröffentlichten Leitfadens für Tarifwechsel einen weiteren Rückgang.

Die Zufriedenheit der Versicherten der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist wichtig. Als Ombudsman versuche ich, durch meine schlichtende Tätigkeit dazu beizutragen, auch wenn dies teilweise nur in Form von Aufklärungsarbeit möglich ist. Die Versicherten sind immer gut beraten, wenn sie alles aufmerksam lesen, bevor sie Schriftstücke unterschreiben. Bei Unklarheiten gilt generell die Devise: Nachfragen. Den Versicherten als Verbrauchern ist davon abzuraten, Verträge zu unterschreiben, die sie nicht verstanden haben, auch wenn es nur um einzelne Passagen geht. Eine umfassende und gute Beratung hilft, späteren Ärger zu vermeiden. Dabei ist es in jedem Fall empfehlenswert, die Beratung mit den wesentlichen Inhalten zu protokollieren. Bei Streitigkeiten kann später nachvollzogen werden, worüber gesprochen und was gegebenenfalls weggelassen wurde.

Vor anstehenden kostenintensiven Behandlungen kann ich den Versicherten immer empfehlen, im Vorfeld einen Kostenvoranschlag bei ihrem Versicherer einzureichen und die Erstattung abzuklären, um Unsicherheiten und böse Überraschungen zu vermeiden. Natürlich ist das nur bei geplanten Behandlungen möglich.

Die Schlichtungstätigkeit mit den Versicherungsunternehmen verlief nahezu reibungslos. Sämtlichen Schlichtungsvorschlägen wurde entsprochen. Auch im Berichtsjahr fand in Berlin wieder ein intensiver persönlicher Meinungsaustausch mit den am Ombudsmannverfahren beteiligten Mitarbeitern der Unternehmen statt.

Aktuell bleibt die Umsetzung der „Richtlinie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten“ der EU vom 21.05.2013 in nationales Recht abzuwarten. Das Anliegen, den Zugang für Verbraucher zur außergerichtlichen Streitschlichtung zu erleichtern, kann ich nur begrüßen, denn dieser kommt eine immer höhere Bedeutung zu. Derzeit befindet sich das Verbraucherstreitbeilegungsgesetz im parlamentarischen Verfahren und ist nach Inkrafttreten innerhalb von sechs Monaten von den Streitschlichtungsstellen umzusetzen. Der Ombudsman Private Kranken- und Pflegeversicherung ist gut dafür gerüstet.

Abschließend bedanke ich mich ganz herzlich bei meinem Team, das mir nicht nur den Start erleichtert, sondern meine Arbeit hervorragend unterstützt hat. Ob in der Organisation, bei den Kon-

takten zu den Versicherten und den Mitarbeitern in den Versicherungsunternehmen oder in den Beratungen zu Einzelfragen: Hier wurden die vielen Grundsteine gelegt, die zu einer erfolgreichen Schlichtungstätigkeit auch wieder im Jahre 2014 geführt haben.

Berlin, im Mai 2015



Heinz Lanfermann

I. Die Schlichtungsstelle

II. Organisation und Verfahren

III. Statistik

IV. Ausgewählte Beschwerdethemen

V. Beispielsfälle

VI. Ausblick

VII. Anhang

Die Schlichtungsstelle

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern auf der einen Seite und Versicherungsunternehmen bzw. Versicherungsvermittlern und Versicherungsberatern auf der anderen Seite. Die Schlichtungsstelle ist als solche gemäß § 214 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vom Bundesministerium der Justiz anerkannt.

Person des
Ombudsmanns

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

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 komplexe 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. Beispielsfälle
- VI. Ausblick
- VII. Anhang

Organisation und Verfahren

Sitz der
Schlichtungsstelle

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

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.

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.

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-

Empfehlung

Verfahrensabschluss

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.

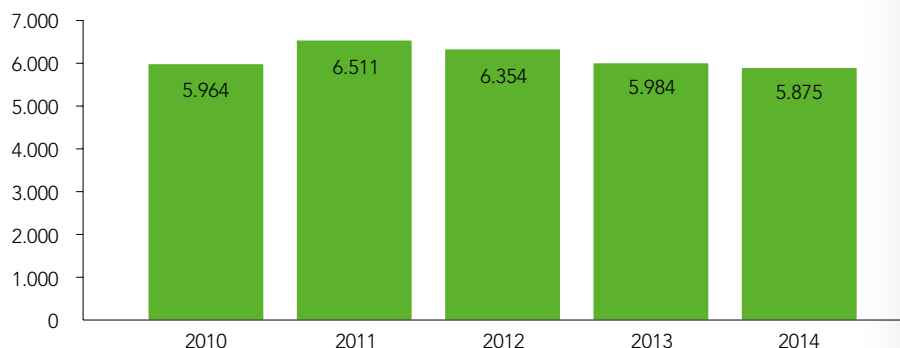
- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Organisation und Verfahren
- III. Statistik**
- IV. Ausgewählte Beschwerdethemen
- V. Beispielsfälle
- VI. Ausblick
- VII. Anhang

Statistik

1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens

Im Berichtszeitraum 2014 ist die Zahl der Anfragen beim Ombudsmann erneut im Verhältnis zum Vorjahr leicht gesunken. Insgesamt gingen beim Ombudsmann 5.875 Schlichtungsanfragen ein und damit 1,2% weniger als in 2013. Einen Überblick über die Beschwerdeentwicklung in den letzten fünf Jahren bietet die nachfolgende Grafik.

Beschwerdeaufkommen in den letzten fünf Jahren



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

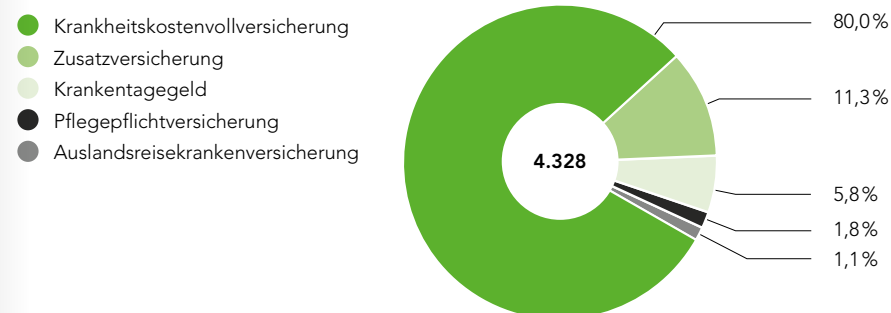
Die geringe Beschwerdequote macht deutlich, dass die Versicherten größtenteils mit ihrer Krankenversicherung zufrieden sind.

¹ Stand: 31.12.2014

Die Institution des Ombudsmanns wird von den Versicherten als kompetente und vertrauensvolle Anlaufstelle wahrgenommen und akzeptiert. Für das geringere Beschwerdeaufkommen sind u. a. rückläufige Beschwerden im Zusammenhang mit Beitragsanpassungen und Tarifwechseln ausschlaggebend. Die Beiträge konnten im Jahr 2014 weitestgehend stabil gehalten werden. Bei Tarifwechseln werden die Versicherten verstärkt unterstützt und beraten.

Von den im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden waren 4.328 und damit 73,7% zulässig. 101 Verfahren wurden nachträglich eingestellt, da sich das Beschwerdeanliegen, z. B. durch zwischenzeitliche Einigung mit dem Krankenversicherer, außerhalb des Ombudsmannverfahrens erledigt hatte.

Verteilung der zulässigen Beschwerden nach Art des Versicherungsvertrages 2014



Hinsichtlich der Verteilung der Beschwerden auf die einzelnen Themengebiete bestätigt sich das Bild der Vorjahre. 80,0% entfielen auf die Krankheitskostenvollversicherung, 11,3% auf Zusatzversicherungen. Bei letzteren handelt es sich überwiegend um Ergänzungsversicherungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Im Verhältnis zum Jahr 2013 ist das Beschwerdeaufkommen bei den Zusatzversicherungen um etwa zwei Prozent gesunken. Nahezu unverändert ist das Beschwerdeaufkommen in Bezug auf die Krankentagegeldversicherung, das im Jahr 2014 bei 5,8% gelegen hat. Ebenfalls unverändert selten werden an den Ombudsmann Beschwerden im Zusammenhang mit der Pflegepflichtversicherung (1,8%) und der Auslandsreisekranken-

Verteilung des
Beschwerde-
aufkommens

versicherung (1,1%) herangetragen. Auch wenn das Beschwerdeaufkommen in Bezug auf diese beiden Themengebiete gegenüber 2013 leicht gestiegen ist, ist die Zahl unter Berücksichtigung der Vielzahl der Verträge nach wie vor sehr klein.

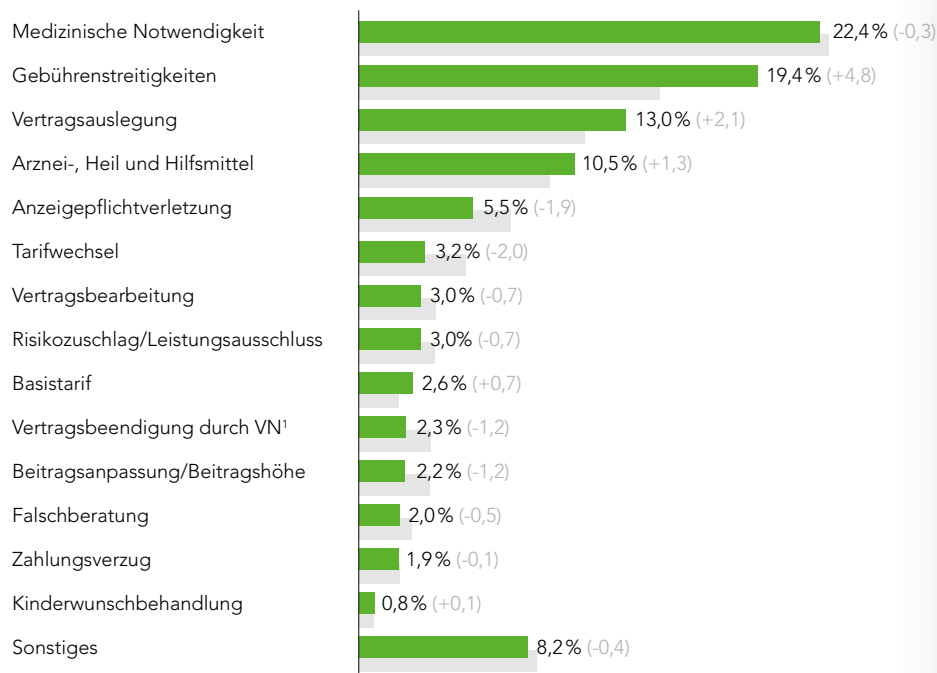
Krankheitskostenvollversicherung

Auch im Jahr 2014 haben sich die Versicherten am häufigsten mit Fragen hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit einzelner Behandlungsmaßnahmen an den Ombudsmann gewandt (22,4%). Darunter fallen alle Beschwerden, die sich auf die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlungen, Krankenhausaufenthal-

Medizinische
Notwendigkeit

Verteilung der Beschwerdethemen 2014 (Veränderung zum Vorjahr)

Insgesamt in der Krankheitskostenvollversicherung: **3.464** (80,0%)



ten, Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln beziehen. Versicherungsschutz besteht nach den Versicherungsbedingungen, wenn die Maßnahmen „medizinisch notwendig“ und im vereinbarten Versicherungsumfang enthalten sind. Was medizinisch notwendig ist, lässt sich immer nur im Einzelfall klären, und bei der Einschätzung besteht ein gewisser Auslegungsspielraum. In den letzten Jahren sind die Beschwerden zu diesem Themenkomplex gestiegen. Dies mag auch daran liegen, dass die Versicherer eingereichte Rechnungen aufgrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen zunehmend kritischer prüfen und immer häufiger über die Frage der medizinischen Notwendigkeit diskutiert werden muss.

Im Berichtszeitraum wurden wieder häufiger Gebührenstreitigkeiten an den Ombudsmann herangetragen (19,4%). Gebührenstreitigkeiten beschäftigen den Ombudsmann – nach den Fragen im Zusammenhang mit der medizinischen Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen – am zweithäufigsten. Als Grund sieht der Ombudsmann die konsequenten Rechnungsprüfungen der Unternehmen und die zum Teil hochgegriffenen Abrechnungen durch die Ärzte und Zahnärzte. Nach der letzten Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zum 01.01.2012, wird derzeit die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) überarbeitet. Aufgrund des Alters der aktuell gültigen GOÄ wird oftmals argumentiert, dass diese die ärztlichen Leistungen nicht mehr angemessen honoriere. Allerdings muss es dem Gesetzgeber überlassen bleiben, eine neue GOÄ zu erlassen. Auch wenn einige Ärzte die GOÄ großzügig anwenden, sind bis zu einer Aktualisierung die derzeit gültigen Vorgaben einzuhalten. Auf der anderen Seite sind den Unternehmen eine großzügige Erstattung von Arztrechnungen oder Kulanzleistungen zur Wahrung der Beitragsstabilität häufig nicht möglich.

Leicht rückläufig ist der Anteil der Beschwerden aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung bei Vertragsschluss (5,5%). 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 Versiche-

Gebühren-
streitigkeiten

Anzeigepflicht-
verletzung

rungsvertragsgesetz, 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 Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten. Da der Vorwurf einer Anzeigepflichtverletzung regelmäßig mit großen finanziellen und sozialen Folgen verbunden ist, ist ein Rückgang der Beschwerdezahlen sehr erfreulich.

Beitrags-
anpassungen

Eingaben, mit denen sich die Versicherten gegen Beitragsanpassungen ihres Versicherers wenden, sind erneut im Vergleich zu den Vorjahren zurückgegangen (2,2%). Die Beiträge blieben in der Privaten Krankenversicherung zum Jahr 2014 größtenteils stabil, notwendige Anpassungen fielen moderat aus. Dieser Umstand belegt unter anderem, dass die neueingeführten geschlechtsunabhängigen Tarife (Unisex-Tarife) sehr gut kalkuliert wurden, was sich positiv auf die Stabilität der Beiträge auswirkt.

Tarifwechsel

Rückläufig sind die Beschwerdezahlen im Zusammenhang mit Tarifwechseln (3,2% gegenüber 5,2% im Jahr 2013). Ein Tarifwechsel ist für die Versicherten bedeutsam, da dies oftmals eine Möglichkeit ist, die Beitragsverpflichtung zu senken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Reduzierung der Beitragslast oftmals nur über eine Reduzierung des Versicherungsschutzes erreicht werden kann. Die positive Entwicklung bei Fragen im Zusammenhang mit Tarifwechseln macht deutlich, dass die Versicherten ihren Tarifwechselanspruch realisieren können. Dabei ist ein weiterer Rückgang der Beschwerden im Zusammenhang mit Tarifwechseln durch die im Jahr 2014 veröffentlichten Leitlinien für Tarifwechsel des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zu erwarten.

Basistarif

Der Anteil der Anfragen im Zusammenhang mit dem Basistarif hat sich leicht erhöht und beträgt nun 2,6%. Insbesondere bislang nicht versicherte Personen finden Versicherungsschutz in diesem brancheneinheitlichen Tarif, dessen Leistungen in Art, Umfang und Höhe mit denen der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind. Mittlerweile steht nicht mehr der Kontrahierungszwang zur Aufnahme im Basistarif im Vordergrund der Beschwerdebearbeitung, sondern die tägliche Leistungsbear-

beitung, d.h. die Frage, in welchem Umfang der Versicherer zu einer Leistung verpflichtet ist.

Zunehmend werden an den Ombudsmann Beschwerden herangetragen, die sich auf die Auslegung und Anwendung der Versicherungsbedingungen beziehen (13,0%). Der Umfang des Versicherungsschutzes wird über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife einschließlich der Tarifbedingungen definiert. Da sich die Leistungsvoraussetzungen in der Privaten Krankenversicherung nach dem individuell vereinbarten Versicherungsschutz richten, kommt es hier oft zu Auslegungsfragen bei den Versicherungsbedingungen.

Zusatzversicherungen

Die Zahl der Zusatzversicherungen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung decken damit den Bedarf, den gesetzlichen Leistungsumfang zu ergänzen und aufzustocken. In der Vergangenheit wurde das Angebot durch die staatlich geförderte, ergänzende Pflegezusatzversicherung sogar noch erweitert.

Der Schwerpunkt der Beschwerden liegt mit 30,9% auf der vertragsrechtlichen Ausgestaltung. Wie bei der Krankheitskostenvollversicherung besteht zwischen den Versicherten und den Unternehmen oft Uneinigkeit, in welchem Umfang Versicherungsleistungen zu erbringen sind. Da die Zusatzversicherungen häufig Leistungen anderer Kostenträger einbeziehen, sind die einzelnen Klauseln teilweise sehr komplex, so dass für die Versicherten oftmals Erläuterungsbedarf besteht.

Gerade im Bereich von Zahnzusatzversicherungen entfallen neben der Frage der Auslegung der Versicherungsbedingungen verhältnismäßig viele Beschwerden auf die Ablehnung von Kostenersatzungen mit der Begründung, der Versicherungsfall sei vor Versicherungsbeginn eingetreten (7,2%). 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

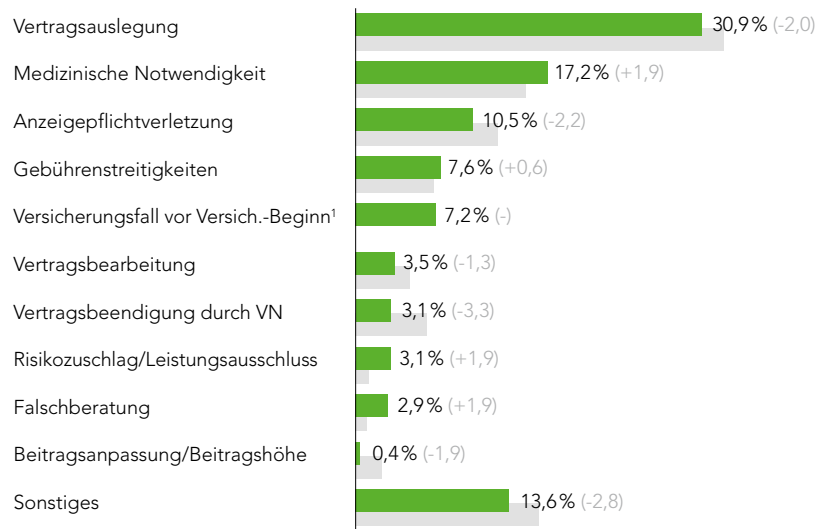
Vertragsauslegung

Zahnzusatz-
versicherung

nehmen. In einem solchen Fall ist das Risiko jedoch bereits vor Vertragsschluss eingetreten und nicht mehr versicherbar.

Verteilung der Beschwerdethemen 2014

Insgesamt in Zusatzversicherungen: 488 (11,3%)



2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung

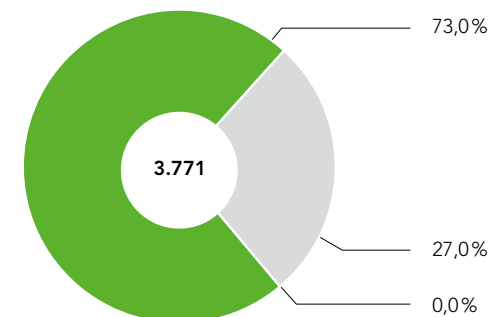
Im Jahr 2014 hat die Ombudsstelle insgesamt 3.771 Beschwerden abgeschlossen. Überdies bearbeiten die Mitarbeiter des Ombudsmanns täglich ungefähr 30 telefonische Anfragen. Auf diesem Weg können bereits einige Fragestellungen geklärt werden. Die Maßgabe des in Kürze zu erwartenden Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes, wonach Beschwerden zukünftig innerhalb von 90 Tagen nach Eingang der vollständigen Beschwerdeakte abgeschlossen sein sollten, konnte der Ombudsmann 2014 weitestgehend erfüllen. Eilbedürftige Fälle wurden nach Möglichkeit schneller bearbeitet.

¹ 2014 erstmals gesondert erfasst

Bei 27,0% der Abschlüsse konnte der Ombudsmann den Versicherten vollständig oder zumindest teilweise weiterhelfen. In 73,0% der Fälle war eine Unterstützung durch den Ombudsmann nicht möglich. Im Berichtsjahr gab es keine Förmliche Empfehlung gemäß § 7 Absatz 1 des Statuts gegen einen Versicherer. Eine solche spricht der Ombudsmann nur dann aus, wenn der Versicherer seiner Empfehlung im Rahmen des Verfahrens nicht folgt. Dieser Umstand macht die große Akzeptanz und Wirksamkeit der Entscheidungen des Ombudsmanns deutlich. Allerdings erging eine Förmliche Empfehlung gegen einen Versicherungsmakler aufgrund einer Fehlberatung, da eine einvernehmliche Lösung im Rahmen des Ombudsmannverfahrens nicht möglich war.

Ergebnisse der zulässigen Beschwerden 2014

- Verfahrensabschlüsse
- Empfehlungen
- Förmliche Empfehlungen



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

Der hohe Anteil der „erfolglosen“ Beschwerden spricht für die rechtskonforme Bearbeitung der einzelnen Krankenversicherer. Dem Ombudsmann bleibt in diesen Fällen nur, dem Versicherten die Entscheidung der einzelnen Unternehmen verständlich darzulegen und die Hintergründe zu erläutern. Dieser Dienst wird

Aufklärungsarbeit
des Ombudsmanns

von den Versicherten durchaus positiv aufgenommen, die für nachvollziehbare Erläuterungen dankbar sind.

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

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

Um die Tätigkeitsschwerpunkte und besondere Themen direkt mit den Versicherungsunternehmen zu besprechen, findet etwa alle zwei Jahre eine Konferenz statt, in der der Ombudsmann auf die aus seiner Sicht problematischen Sachthemen aufmerksam macht. Nach dem Amtsantritt von Heinz Lanfermann wurde die letzte Konferenz im Oktober 2014 durchgeführt.

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

Ausgewählte Beschwerdethemen

1. Der Notlagentarif

Den Ombudsmann beschäftigen seit Beginn der Tätigkeit Fragen im Zusammenhang mit den Beitragszahlungen der Versicherten. Bislang war die Situation unbefriedigend und insbesondere zu berücksichtigen, dass mit der Einführung der Pflicht zur Versicherung im Jahr 2009 Nichtzahlern nicht mehr gekündigt werden kann. Die bisherigen Regelungen sahen vor, dass bei dauernder Nichtzahlung das Ruhen der Leistungen festgestellt wurde und bei fortdauernder Nichtzahlung eine Umstellung in den Basistarif erfolgte. Oftmals war damit eine Erhöhung der Beitragsverpflichtung verbunden, wodurch die Lage für die Betroffenen noch verschärft wurde.

Um die Situation für die Betroffenen zu verbessern, wurde der Notlagentarif durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung zum 01.08.2013 eingeführt. Mit dem Instrument des Notlagentarifs soll den Versicherten mithilfe eines reduzierten Beitrages der Abbau der Zahlungsrückstände erleichtert werden, damit sie wieder in ihre ursprünglichen Tarife zurückkehren können. Zu diesem Zweck wurde je Versicherungsunternehmen ein einheitlicher Beitrag für die Versicherten, unabhängig vom Alter und Gesundheitszustand, kalkuliert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte bleiben im Notlagentarif unberücksichtigt. Der geringe Beitrag wird auch dadurch erreicht, dass während der Versicherung im Notlagentarif keine Alterungsrückstellungen gebildet werden. Auf der anderen Seite ist auf die zu zahlende Prämie eine bereits vorhandene Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Für den Versicherungsnehmer besteht kein freies Zugangsrecht in den Notlagentarif. Auch ein Tarifwechsel in den Notlagentarif nach § 204 VVG ist nicht möglich.

Bisherige Regelung

Notlagentarif ab
01.08.2013

Die Umstellung in den Notlagentarif erfolgt erst nach Abschluss eines gesetzlich festgelegten Mahnverfahrens. Dieses ist wie folgt ausgestaltet: Befindet sich der Versicherungsnehmer mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Zahlungsrückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand (einschließlich der Säumniszuschläge) zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal. Gleichzeitig weist der Versicherer darauf hin, dass das Ruhen des Vertrages eintritt, wenn der Prämienrückstand (einschließlich der Säumniszuschläge) auch noch einen Monat nach Zugang dieser zweiten Mahnung höher ist, als der Prämienanteil für einen Monat. Die Ruhendstellung tritt für diesen Fall am ersten Tag des nachfolgenden Monats ein.

Eine Ausnahme hiervon besteht für hilfebedürftige Personen. Ist bzw. wird der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Sozialgesetzbuches, tritt das Ruhen des Vertrages nicht ein bzw. wird beendet. Die Hilfedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers der Sozialleistungen zu belegen.

Für den gesamten Zeitraum des Ruhens des Vertrages gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 12 h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versichert. Der Versicherer ist von Gesetzes wegen zu einer Umstellung in den Notlagentarif verpflichtet. Hierüber, sowie über die nunmehr zu zahlende Beitragshöhe und weitere Rechtsfolgen, ist der Versicherungsnehmer in Textform zu unterrichten. Die Umstellung in den Notlagentarif erfolgt rückwirkend zum Beginn des Ruhens der Leistungen, wenn im Zeitpunkt des Stichtages (01.08.2013) bereits ein Ruhen bestanden hat.

Erst wenn sämtliche Beitragsschulden, Säumniszuschläge und Mahngebühren beglichen sind, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats im ursprünglichen Tarif fortgesetzt. Eine erneute Risikoprüfung findet nicht statt. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie Beitragsanpassungen im Ursprungstarif, welche während des Ruhens erfolgten, gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

Voraussetzungen für
die Umstellung in
den Notlagentarif

Der Notlagentarif bietet nur einen reduzierten Versicherungsschutz. Es werden grundsätzlich Aufwendungen für Leistungen erstattet, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Es handelt sich hierbei um eine reine Notfallversorgung. Die Erstattungspflicht des Versicherers ist nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen beschränkt.

Darüber hinaus besteht ein Kostenerstattungsanspruch für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen chronischer Erkrankungen, deren Nichtbehandlung unmittelbar zu einer Lebensbedrohung führt.

Für versicherte Kinder und Jugendliche besteht zudem ein Aufwendungsersatzanspruch für gesetzlich eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie für vom Robert-Koch-Institut empfohlene Schutzimpfungen.

2. Hörgeräte

Den Ombudsmann erreichen regelmäßig Beschwerden, deren Gegenstand die Erstattung von Hörgeräten ist. Dabei geht es überwiegend nicht um die Frage, ob die Versicherten überhaupt Hörgeräte benötigen. Vielmehr ist zu klären, welches konkrete Hörgerät bezahlt wird. Das Angebotsspektrum ist hier sehr breit: Von Basisgeräten, wie sie auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung ohne oder mit nur geringer Zuzahlung erstattet werden, über solche, die auch von Hörgeräteakustikern bereits als „Komfortklasse“ beworben werden, bis hin zu Geräten, die darüber hinausgehend über zahlreiche Extras verfügen und dem Premiumsegment zuzuordnen sind.

Auf welches Gerät haben die Versicherten nun Anspruch?

Unproblematisch sind die Fälle, in denen die Tarifbedingungen klare Aussagen zu den tariflichen Leistungen treffen. Sind die Bestimmungen jedoch zu vage, können sie unwirksam sein. Ist dies der Fall oder fehlen Konkretisierungen in den Tarifbedingungen, gilt der Maßstab der medizinischen Notwendigkeit. Alles das, was über die medizinische Notwendigkeit hinausgeht (sogenannte Übermaßversorgung), ist nicht erstattungsfähig.

Eine Prüfung erfolgt immer anhand des konkreten Einzelfalls. Da im kostenlosen Ombudsmannverfahren keine kostenintensiven Sachverständigen beauftragt werden können, ist eine abschließende Klärung oftmals nicht möglich. Der Ombudsmann kann hier nur prüfen, ob sich die Entscheidung des Versicherers in dem zulässigen Rahmen hält.

Einigkeit besteht darüber, dass nicht alles, was heutzutage technisch machbar, gleichzeitig auch medizinisch notwendig ist. Die technischen Möglichkeiten erscheinen unbegrenzt und ständig werden neue Geräte entwickelt. Bei Schwerhörigkeit ist die Hörgeräteversorgung als medizinisch notwendig anzusehen, die das grundlegende Hörvermögen wieder herstellt.

Bei der medizinischen Notwendigkeit können individuelle Wünsche oder berufliche Gründe nicht berücksichtigt werden. Denn die (private) Krankenversicherung dient nach ihrem Sinn und Zweck nicht dazu, (wie eine Art Berufsunfähigkeitsversicherung) die Fähigkeit des Versicherungsnehmers zur Ausübung eines bestimmten Berufs zu erhalten, sondern bezweckt die Kostendeckung von Behandlungsmaßnahmen/-komponenten, die aus Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers notwendig sind, um dessen Erkrankung zu heilen. Bei darüber hinausgehenden Funktionen der Hörgeräte handelt es sich um Zusatzausrüstungen, die über das Maß der medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen und für die ein Eigenanteil aufgebracht werden muss.

Kosten für die Batterien des Hörgerätes muss der Versicherer nicht begleichen, es sei denn, die Erstattung ist im Versicherungsvertrag ausdrücklich vorgesehen.

3. Implantat oder Brücke

Ein wiederkehrendes Thema, mit dem sich der Ombudsmann beschäftigt, ist die Frage der medizinischen Notwendigkeit der Versorgung mit Implantaten. Dabei kann es lediglich um den Ersatz eines einzelnen Zahnes in einer bestimmten Kieferregion gehen aber auch um den Ersatz mehrerer fehlender Zähne durch Implantate. Die Meinungen zwischen den Versicherten bzw. ihren Zahnärzten und den Versicherern gehen oftmals

Hörgerät muss
medizinisch
notwendig sein

auseinander. Während die Versicherer sich für eine geringere Implantatzahl in Kombination mit einer Kronen-/Brückenversorgung aussprechen, möchten die Versicherten nach Möglichkeit jede einzelne Zahnücke mit einem Implantat versorgen.

Voraussetzung ist natürlich zunächst, dass eine Implantatversorgung über den Versicherungsschutz abgesichert ist. Unter Berücksichtigung des Urteils des Bundesgerichtshofs zum AZ: IV ZR 278/01, nach dem Kostengesichtspunkte bei der Wahl einer Therapie nicht alleine herangezogen werden dürfen, und der Tatsache, dass es für die Frage der medizinischen Notwendigkeit der Implantatversorgung auf die spezifischen Kiefer- und Kieferkammverhältnisse beim Versicherten ankommt, hatte der Ombudsmann in der Vergangenheit den Unternehmen oft den Vorschlag unterbreitet, 50% der Differenzkosten zwischen den (theoretischen) Kosten der von den Unternehmen favorisierten Kronen-/Brückenversorgung und den tatsächlichen Kosten für die Implantatversorgung zu tragen. Dieser Vorschlag wurde von den Unternehmen in vielen Fällen akzeptiert und umgesetzt.

Die Konsensuskonferenz für Implantologie hat Indikationsklassen für die Regelfallversorgung in der Implantologie beschrieben, zuletzt aktualisiert im Oktober 2014, und Empfehlungen für die Anzahl der einzubringenden Implantate abgegeben. Klasse I beschreibt den Einzelzahnersatz, Klasse II den reduzierten Restzahnbestand und Klasse III den zahnlosen Kiefer. Abweichungen davon sind nicht grundsätzlich unzulässig, in Einzelfällen kann die Pfeilervermehrung gegenüber der angegebenen Zahl in der jeweiligen Indikationsklasse medizinisch notwendig sein. Selbstverständlich ist jeweils der konkrete Einzelfall zu würdigen.

Grundsätzlich orientiert sich der Ombudsmann bei der Beschwerdebearbeitung an den Empfehlungen der Konsensuskonferenz für die Anzahl der einzubringenden Implantate. Sollte ein Fall vorliegen, in dem eine höhere Anzahl an Implantaten erfolgen soll als in der jeweilig einschlägigen Indikationsklasse angegeben, sind die medizinischen Gründe vom Versicherungsnehmer vorzutragen und zu begründen.

Von den Versicherern erwartet der Ombudsmann wiederum, dass diese sich bei der Leistungsprüfung mit den Kiefer- und

Kostengesichtspunkte alleine sind nicht maßgeblich

Orientierung an Konsensuskonferenz für Implantologie

Kieferkammverhältnissen der Versicherten auseinandersetzen, bevor sie sich auf eine konkrete Implantatanzahl festlegen. Wenn für die Behandlung lediglich die in der einschlägigen Indikationsklasse angegebene Mindestanzahl für medizinisch notwendig gehalten wird, sollte eine nachvollziehbare Begründung seitens der Versicherer erfolgen.

4. Sektorale Heilpraktiker

Immer wieder werden Beschwerden an den Ombudsmann herangetragen, in denen es um sektorale Heilpraktiker und die in diesem Zusammenhang bestehende Leistungspflicht des Versicherers geht.

Bei einem sektoralen Heilpraktiker handelt es sich um einen Heilpraktiker, der nur auf einem Teilgebiet (z. B. Psychotherapie oder Physiotherapie) eine Zulassung als Heilpraktiker besitzt. Der Ombudsmann beschäftigt sich hierbei in vielen Fällen zunächst mit der Frage, ob auch ein solcher Teil-Heilpraktiker unter den Versicherungsschutz fällt. Die für den Umfang des Versicherungsschutzes maßgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) regeln, dass Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden dürfen. Nach Einschätzung des Ombudsmanns handelt es sich auch bei einem teilzugelassenen Heilpraktiker um einen Heilpraktiker. Zumindest kann dem Heilpraktikergesetz nichts Gegenteiliges entnommen werden. Eine Einschränkung für teilzugelassene Heilpraktiker sieht dieses nicht vor. Der teilzugelassene Heilpraktiker fällt damit in den Personenkreis der behandelnden Personen nach den AVB.

Allerdings sind für eine Erstattungsfähigkeit noch die konkreten Bedingungen des versicherten Tarifs zu berücksichtigen. Hier kann der Versicherer regeln, dass unter einem Heilpraktiker im Sinne der AVB nur ein uneingeschränkt zugelassener Heilpraktiker zu verstehen ist. Für Aufwendungen des teilzugelassenen Heilpraktikers ist der Versicherer dann nicht leistungspflichtig.

Fällt der teilzugelassene Heilpraktiker unter den Versicherungsschutz, ist im Ombudsmannverfahren oftmals zu klären, inwiefern dieser eigenverantwortlich tätig werden darf. Problema-

Teil-Heilpraktiker ist Heilpraktiker iSd AVB

beachte gesonderte Tarifbestimmungen

eigenverantwortliche Tätigkeit des Teil-Heilpraktikers?

tisch ist dies insbesondere im Hinblick auf Heilpraktiker für den Teilbereich der Physiotherapie. Ein Physiotherapeut als solcher darf aufgrund seiner Ausbildung nicht eigenverantwortlich tätig werden. Vielmehr darf er seine Leistungen nur erbringen, wenn diese zuvor durch einen Arzt entsprechend verordnet wurden und eine ärztliche Diagnose vorliegt. Anders ist dies bei einem vollständig zugelassenen Heilpraktiker. Nach den Vorgaben des Heilpraktikergesetzes darf dieser auch ohne ärztliche Diagnosestellung und Verordnung tätig werden. Gilt dies nun auch für den auf dem Gebiet der Physiotherapie teilzugelassenen Heilpraktiker?

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hatte bereits 1993 entschieden, dass eine ausdrücklich auf den Bereich der Psychotherapie beschränkte Heilpraktikererlaubnis erteilt werden kann. Diese Rechtsprechung wurde 2009 bestätigt und auf alle anderen Bereiche – somit auch auf die Physiotherapie – ausgedehnt. Auch das BVerwG hatte an dieser Stelle gesehen, dass der Physiotherapeut allein aufgrund seiner Ausbildung nicht zu einer eigenverantwortlichen Tätigkeit (insbesondere nicht zum Stellen einer Erstdiagnose) befähigt ist. Die Richter wiesen daher darauf hin, dass sich die Physiotherapeuten, die eine Teilzulassung als Heilpraktiker erwerben möchten, zwar keiner vollumfänglichen Kenntnisüberprüfung unterziehen müssen – wie dies bei vollständig zugelassenen Heilpraktikern der Fall ist. Allerdings müssen sie nachweisen, dass sie ausreichende Kenntnisse über die Abgrenzung der heilkundlichen Tätigkeit als Physiotherapeut gegenüber den Ärzten und den allgemein als Heilpraktiker tätigen Personen vorbehaltenen heilkundlichen Behandlungen besitzen und ausreichende diagnostische Fähigkeiten in Bezug auf die einschlägigen Krankheitsbilder haben. Außerdem sind Kenntnisse in Berufs- und Gesetzeskunde einschließlich der rechtlichen Grenzen der nichtärztlichen Ausübung der Heilkunde nachzuweisen.

Diese Kenntnisse muss derjenige, der einen Antrag auf Erteilung einer Zulassung zum Teilheilpraktiker auf dem Gebiet der Physiotherapie stellt, nachweisen. Die zuständige Behörde prüft hierbei insbesondere die vorgelegten Zeugnisse und sonstigen Nachweise über absolvierte Studiengänge und Zusatzausbildungen. Sie legt sodann fest, ob und inwiefern eine eingeschränkte Kenntnisüberprüfung notwendig ist.

Kenntnisnachweis
erforderlich

Kommt die Behörde zu dem Ergebnis, dass die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse beim Antragsteller vorliegen, wird sie die Teilzulassung für den Heilpraktiker auf dem Gebiet der Physiotherapie erteilen. Aus Sicht des Ombudsmanns darf der teilzugelassene Heilpraktiker für Physiotherapie dann aber auch eigenverantwortlich tätig werden, soweit die Zulassung reicht.

5. Krankentagegeld

Obwohl der Anteil der Beschwerden in Bezug auf die Krankentagegeldversicherung mit 5,8% relativ gering ausfällt, sind die Streitfragen für die Beteiligten oftmals von großer Bedeutung. Für die Versicherten geht es um den existenziellen Einkommensersatz im Rahmen einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit, der auf der anderen Seite schnell zu hohen Versicherungsleistungen für den Versicherer führen kann. Die häufigsten Fälle, die zwischen den Parteien zu Konflikten innerhalb der Krankentagegeldversicherung führen, werden nachstehend dargestellt.

Sinn und Zweck der Krankentagegeldversicherung ist ein Versicherungsschutz gegen Verdienstausschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Das Krankentagegeld soll dem Versicherungsnehmer die durch den Ausfall seiner Arbeitskraft entstandenen Verdiensteinbußen ausgleichen.

Daher liegt den Beschwerden häufig die Frage zugrunde, wann und ob eine Arbeitsunfähigkeit besteht, die einen Versicherungsfall auslöst. Denn nach den Versicherungsbedingungen liegt eine Arbeitsunfähigkeit, die zu einem Krankentagegeldanspruch führt nur 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. Es muss also eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% vorliegen, da in den übrigen Fällen eine verminderte Arbeitsfähigkeit gegeben ist. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit folgt damit dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“.

Diese Frage ist aus medizinischer Sicht zu beantworten, so dass im Ombudsmannverfahren oftmals Gutachten zur Beurteilung

Existenzielle
Bedeutung

Arbeitsunfähigkeit

herangezogen werden. Diese werden zum einen über die Versicherten von den behandelnden Ärzten eingereicht und zum anderen von den Versicherern als Ergebnis einer vertrauensärztlichen Untersuchung, zu der der Versicherte von dem Versicherer aufgefordert wurde.

Wenn eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % vorliegt, ist diese gegenüber dem Versicherer innerhalb bestimmter Fristen anzuzeigen. Ein verspäteter Zugang der Anzeige stellt eine Obliegenheitsverletzung dar, die eine Kürzung oder sogar einen Entfall der Krankentagegeldleistung bis zum Zugangstag nach sich ziehen kann.

Ein häufiges Streitthema ist die Höhe des zu zahlenden Krankentagegeldes. Innerhalb der Krankentagegeldversicherung als Verdienstauffallversicherung darf das Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Denn letztlich sollen die Versicherten im Krankheitsfall nicht mehr Geld erhalten, als bei voller Arbeitsfähigkeit.

Um diese Frage prüfen zu können, fordern die Versicherer von den Versicherten Einkommensnachweise an. Soweit der Versicherer Kenntnis erlangt, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrag zugrundegelegten Einkommens gesunken ist, kann er das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung von Beginn des 2. Monats nach Kenntnis entsprechend des geminderten Nettoeinkommens herabsetzen. Dabei ist unerheblich, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

Liegt bereits eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit vor, stellt sich die Frage, ob die versicherte Person unter Berücksichtigung des zugrunde liegenden Berufsbildes langfristig krankheitsbedingt nicht mehr arbeiten kann, d.h. berufsunfähig ist. Denn der Schutzzweck der Verdienstauffallversicherung endet, wenn ein krankheitsbedingter Verdienstauffall nicht mehr möglich ist. Das ist der Fall, wenn die versicherte Person derart erkrankt ist, dass nicht nur von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist, sondern von einer dauernden Berufsunfähigkeit. Eine solche liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf

Fristgerechte
Meldung der
Arbeitsunfähigkeit

Höhe des
Krankentagegeldes

Berufsunfähigkeit

auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Dabei handelt es sich um eine Prognoseentscheidung, die keineswegs nach sich zieht, dass der Zustand endgültig sein muss.

Wie bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ist das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten zu klären. Die Feststellung der Berufsunfähigkeit hat für die versicherte Person einschneidende Bedeutung. Denn mit Eintritt der Berufsunfähigkeit endet nach den Versicherungsbedingungen die Krankentagegeldversicherung und damit diese Form der krankheitsbedingten finanziellen Absicherung. Diese sehen für eine Überbrückung noch eine Nachleistungspflicht von drei Monaten vor.

Da die Berufsunfähigkeit nicht endgültig sein muss, empfiehlt sich eine Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung.

6. Pflegepflichtversicherung

Neben der Krankenversicherung beschäftigen den Ombudsmann Fragen im Zusammenhang mit der Pflegepflichtversicherung. Auch wenn dieser Anteil am gesamten Beschwerdeaufkommen gering ist, ist die soziale Bedeutung für die Betroffenen groß.

1995 wurde in Deutschland die Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt. Während gesetzlich Krankenversicherte in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, gibt es für die Privatversicherten die Private Pflegepflichtversicherung (PPV). Die Leistungen aus dieser ergeben sich aus den Musterbedingungen der Pflegepflichtversicherung und sind gleichwertig mit jenen der Sozialen Pflegeversicherung. So unterliegen auch die Leistungen der PPV den Veränderungen durch eine neue Gesetzgebung.

Viele Versicherte gehen irrtümlich davon aus, der Schutz in der Pflegeversicherung im Falle der Pflegebedürftigkeit sei ähnlich umfassend wie der Schutz in der Krankheitskostenvollversicherung im Krankheitsfall. Die Pflegepflichtversicherung ist jedoch nicht als Vollversicherung ausgestaltet. In der Regel verbleiben finanzielle Eigenanteile für die Betroffenen. Der Eigenanteil

PPV ab 1995

„Bahr-Pflege“

kann durch den Abschluss von Pflegezusatzversicherungen reduziert werden.

Im Jahr 2013 wurde für eine Steigerung der Eigenvorsorge die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung eingeführt, die als Pflegeitagegeldversicherung ausgestaltet ist. Im Versicherungsfall wird der bei Vertragsabschluss vereinbarte Betrag monatlich an den Versicherungsnehmer ohne Nachweis der tatsächlich anfallenden Pflegekosten ausgezahlt. Die Versicherten sind in der Entscheidung frei, für welche Zwecke sie das Pflegeitagegeld verwenden.

Voraussetzung für Leistungen aus der PPV ist grundsätzlich die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, siehe § 14 Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (SGB XI).

Der Leistungsumfang hängt vom Hilfebedarf ab. Ob und inwieweit ein Hilfebedarf besteht, wird durch die Einstufung in sogenannte Pflegestufen bemessen. Grundlage für die Versicherung ist hierbei das vom Medizinischen Dienst erstellte Pflegegutachten. Eine bestimmte Pflegestufe liegt erst dann vor, wenn für die gesamte Hilfe (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) und zusätzlich für die Grundpflege alleine jeweils ein bestimmter Mindestzeitaufwand erforderlich ist:

- **Pflegestufe 0**
Demenzranke, geistig, psychisch und physisch Behinderte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können Pflegegeld und bestimmte Leistungen zur Deckung eines Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Anspruch nehmen, auch wenn noch nicht der für Pflegestufe I erforderliche Zeitaufwand erfüllt wird.
- **Pflegestufe I – erheblich Pflegebedürftige**,
d.h. durchschnittlicher Hilfebedarf mindestens 90 Minuten pro Tag. Auf die Grundpflege müssen dabei mehr als 45 Minuten täglich entfallen.

Pflegebedürftigkeit
und Pflegestufen

- **Pflegestufe II – schwere Pflegebedürftige**,
d.h. durchschnittlicher Hilfebedarf mindestens 180 Minuten pro Tag mit einem Grundpflegebedarf von mehr als 120 Minuten täglich.
- **Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftige**,
d.h. durchschnittlicher Hilfebedarf mindestens 300 Minuten pro Tag. Der Anteil an der Grundpflege muss mehr als 240 Minuten täglich betragen und es muss auch nachts (zwischen 22 und 6 Uhr) regelmäßig Grundpflege anfallen.

Wenn der Pflegeaufwand das Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, kann die Pflegeversicherung zur Vermeidung einer besonderen Härte zusätzliche Leistungen gewähren.

Der Ombudsmann selbst kann die Einordnung in eine Pflegestufe nicht festlegen. Vielmehr erfolgt eine Prüfung, ob die Einstufung durch den Versicherer willkürlich oder objektiv fehlerhaft erfolgte. Hierzu wird regelmäßig die Entscheidung des Versicherers mit dem Gutachten des Medizinischen Dienstes abgeglichen. Entsteht der Eindruck, der Medizinische Dienst habe nicht alle Aspekte berücksichtigt oder sind neue Umstände hinzu getreten, wirkt der Ombudsmann auf eine erneute Begutachtung hin.

Die Leistungsbereiche der Pflegeversicherung für die häusliche Versorgung sind von denen der Krankenversicherungen abzugrenzen. Hierbei gilt: Pflegerische Assistenz, die der Bewältigung des Alltags dient (Grundpflege), gehört zu den Aufgaben der Pflegeversicherung.

Umfassen die Maßnahmen hingegen Handlungen, die unmittelbar der medizinischen Therapie dienen, z. B. Injektionen, Anziehen von Thrombosestrümpfen oder Wundversorgung, handelt es sich um ärztliche Leistungen, die als Behandlungspflege zu werten sind. Diese ist dem Leistungsbereich der Krankenversicherung zuzuordnen.

Für die Behandlungspflege übernehmen die Versicherer nur dann die Kosten im vorgegebenen Rahmen, wenn eine ärztliche Anordnung vorliegt. Die Zuteilung zu den Leistungsbereichen ist bedeutsam, da die PPV monatlich nur einen bestimmten Pauschalbetrag für häusliche Versorgungen vorsieht, während

Behandlungspflege

die Krankenversicherung alle medizinisch notwendigen Verrichtungen der Behandlungspflege abdeckt.

Ist die Pflege zu Hause vorübergehend nicht möglich, können Versicherte Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege in Anspruch nehmen.

Pflegehilfsmittel

Die PPV schließt die Erstattung von Pflegehilfsmitteln ein. Als solche gelten Geräte und Sachmittel, die die Pflege erleichtern oder dazu beitragen, dem Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Dabei wird zwischen technischen Pflegehilfsmitteln, zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes unterschieden. Technische Pflegehilfsmittel sind zum Beispiel Pflegebetten und Hausnotrufsysteme. Welche technischen Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt werden können, ist dem Pflegehilfsmittelverzeichnis zu entnehmen.

Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe und vor allem Windeln fallen in die Kategorie der zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel. Die Pflegeversicherung zahlt hierfür einen Zuschuss von maximal 40 Euro pro Monat.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, zum Beispiel der Umbau eines Badezimmers, können finanzielle Zuschüsse bis zu einem Betrag von 4.000 Euro gezahlt werden, wenn hierdurch im Einzelfall die häusliche Pflege weiterhin ermöglicht oder erheblich erleichtert wird. Der Ombudsmann empfiehlt, vor dem Bezug der Pflegehilfsmittel Kontakt zur Pflegeversicherung aufzunehmen, um die Erstattungsfähigkeit im Vorfeld zu klären. Oftmals arbeiten die Versicherer auch mit Kooperationspartnern zusammen, wodurch die Eigenanteile der Versicherten reduziert werden können oder sogar ganz entfallen.

Mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Begutachtungsverfahrens wird die bisherige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und Demenzkranken entfallen. Das entsprechende Gesetzgebungsverfahren soll noch im Jahr 2015 eingeleitet werden.

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

Beispielsfälle aus der Ombudsmannpraxis

1. Rettungshubschrauber – Falscher Alarm

Ein Beschwerdeführer wandte sich an den Ombudsmann mit der Frage, ob der Versicherer auch die Kosten für den Einsatz eines Rettungshubschraubers erstatten müsse. Er teilte mit, dass seine Frau bei einem gemeinsamen Urlaub in einem See schwimmen ging und eine lange Zeit nicht zurückkehrte. Um seine Frau besorgt, informierte der Beschwerdeführer die Rettungsstelle, die mit einem Hubschrauber das betroffene Gebiet absuchte. Die Frau des Beschwerdeführers wurde dabei nicht gefunden. Diese kehrte vielmehr alleine und wohlbehalten zurück.

Der Ombudsmann teilte dem Beschwerdeführer mit, dass der Krankenversicherungsvertrag keine Leistungen für die Suche nach einer vermissten Person beinhalte. Vielmehr bestehe Versicherungsschutz ausschließlich für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung, wozu der Einsatz eines Rettungshubschraubers unzweifelhaft nicht gehöre.

Trotz der eindeutigen Vorgaben in dem Versicherungsvertrag konnte der Ombudsmann dem Beschwerdeführer zumindest eingeschränkt helfen. Denn der Versicherer erklärte sich entgegenkommend bereit, freiwillige Leistungen zur Verfügung zu stellen, die einen Teil der durch den Einsatz des Rettungshubschraubers entstandenen Kosten auffingen.

2. Beamter sein oder nicht sein

Der Beschwerdeführer berief sich auf die Öffnungsaktion der Privaten Krankenversicherung für Beamte und ihre Angehörigen. Hierfür teilte er mit, dass er beim Land Nordrhein-Westfalen als Beamter auf Probe im Ersatzschuldienst angestellt sei. Eine Ernennungsurkunde hätte er nicht erhalten, sei aber zu 50 % beihilfeberechtigt. Der Versicherer lehnte eine Versicherung ab, da der Beschwerdeführer nicht verbeamtet sei, sondern lediglich angestellt. Dem widersprach der Beschwerdeführer unter Be-

rufung auf § 102 des Schulgesetzes Nordrhein-Westfalen. Nach diesem sei er mit Lehrern an vergleichbaren öffentlichen Schulen gleichgestellt.

Grundsätzlich ist das Private Krankenversicherungsrecht dem Privatrecht zu zuordnen, bei dem jede Vertragspartei frei darüber entscheiden kann, ob und mit wem ein Vertrag geschlossen wird. Eine Ausnahme ist unter anderem im Zusammenhang mit der Beamtenöffnungsaktion vorgesehen. Verschiedene Unternehmen der Privaten Krankenversicherung bieten Beamten einen Versicherungsschutz an, der auf die Leistungen der Krankenversorgung der Beamten abgestimmt werden kann. Die Öffnungsaktion ist auf einen teilnahmeberechtigten Personenkreis begrenzt. Teilnahmeberechtigte Personen sind unter anderem Beamtenanfänger, die weiterhin näher definiert werden.

Der Beschwerdeführer gehörte nicht zu dem teilnahmeberechtigten Personenkreis. Denn entgegen seines Vortrages war er aufgrund des Einstellungsvertrages auf Probe nicht verbeamtet und damit kein Beamter auf Probe. Hieran vermochte auch § 102 des Schulgesetzes Nordrhein-Westfalen nichts zu ändern, denn der Beamtenstatus wird durch das Schulgesetz nicht begründet. Aus § 102 Absatz 3 Schulgesetz Nordrhein-Westfalen geht lediglich hervor, dass Lehrer an Ersatzschulen mit Lehren an vergleichbaren öffentlichen Schulen gleichwertig sein müssen. Im letzten Satz dieses Absatzes ist formuliert, dass das Anstellungsverhältnis der übrigen an der Ersatzschule beschäftigten Lehrerinnen und Lehrer mit demjenigen von Beschäftigten im öffentlichen Dienst vergleichbar sein muss. Auch aus diesen Formulierungen wird deutlich, dass damit kein Beamtenstatus begründet wird.

Aufgrund des fehlenden Status als Beamter konnte der Ombudsmann sich nicht für ein Angebot im Rahmen der Öffnungsaktion aussprechen.

3. Ab in den Urlaub

Der pflegebedürftige Beschwerdeführer beanspruchte Pflegegeld nach Pflegestufe II. Damit finanzierten der Beschwerdeführer und seine Frau eine polnische Pflegekraft.

Da die polnische Pflegekraft über die Weihnachtsfeiertage zu ihrer Familie in die Heimat reiste, machte der Beschwerdeführer die Kosten für eine Ersatzpflege geltend. Der Versicherer war nicht bereit, die hierdurch entstandenen Kosten zu übernehmen.

Rechtlich war die Entscheidung des Versicherers nicht zu beanstanden. Ist bei häuslicher Pflege die Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen (z. B. Geburtstage, Gartenarbeit, Arzt-/Friseurbesuche) an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten für die notwendige Ersatzpflege – auch Verhinderungspflege genannt. Wer als Pflegeperson einzuordnen ist, wird im Sozialgesetzbuch näher bestimmt. Als Pflegepersonen gelten nur nicht erwerbsmäßig pflegende Personen. Die Verhinderungspflege ist nicht anwendbar auf eine erwerbsmäßig tätige Kraft, durch deren Beschäftigung der Pflegebedürftige seine Pflege sicherstellt. Die erwerbstätige polnische Pflegekraft war damit nicht als Pflegeperson in Sinne der Verhinderungspflege anzusehen. In diesen Fällen ist stattdessen für Ersatz zu sorgen oder es sind zur Überbrückung Kombinations- oder Sachleistungen bzw. alternativ teilstationäre oder Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

4. Arzneimittelbezug aus eigener Apotheke

Der Beschwerdeführer unterhielt einen Versicherungsvertrag für sich und seine beiden Töchter. Die seinen Töchtern im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung verordneten Arzneimittel wurden direkt aus der eigenen Apotheke des Beschwerdeführers bezogen. Der Versicherer erstattete lediglich die Einkaufspreise zuzüglich der Mehrwertsteuer. Eine Erstattung des Verkaufspreises lehnte er ab. Damit war der Beschwerdeführer nicht einverstanden und wies darauf hin, dass seine Tätigkeit als Apotheker bei der Kostenerstattung keine Rolle spielen dürfe. Schließlich sei er nicht nach einem speziellen und günstigeren Apotheker-Tarif versichert gewesen.

Die Kostenerstattung des Versicherers konnte der Ombudsmann im Ergebnis nicht beanstanden. Er informierte den Beschwerdeführer darüber, dass für den Umfang des Versicherungsschutzes allein der abgeschlossene Versicherungsvertrag und die

zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen maßgeblich sind. Danach erbringt der Versicherer im Versicherungsfall den Ersatz von Aufwendungen für eine Heilbehandlung oder sonst vereinbarte Leistungen, wie z. B. Arzneimitteln. Es war damit die Frage zu klären, welche Aufwendungen dem Beschwerdeführer entstanden sind.

Aufwendungen entstehen durch das Eingehen von Verbindlichkeiten. Vorliegend war zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer die Arzneimittel in seiner eigenen Apotheke bezogen hatte. Es ist aber rechtlich nicht möglich, sich selbst eine Rechnung zu stellen, d. h. mit sich selbst eine Verbindlichkeit einzugehen. In derartigen Fällen kann lediglich der Einkaufspreis zuzüglich der Mehrwertsteuer als Aufwendung herangezogen und von dem Versicherer erstattet werden. Denn nur diese Kosten sind tatsächlich angefallen.

Dass der Beschwerdeführer nicht in einem speziellen Apotheker-Tarif versichert war, konnte nicht zu einer Leistungspflicht des Versicherers führen. Denn schließlich stand es dem Beschwerdeführer frei, die Arzneimittel nicht in seiner eigenen, sondern einer fremden Apotheke zu beziehen. In diesem Fall hätte der Versicherer die vollständigen Kosten übernehmen können, da diese auch tatsächlich entstanden sind.

Unerheblich war bei der Entscheidung, dass die Arzneimittel nicht für die Behandlung des Beschwerdeführers selbst galten, sondern für die seiner Töchter. Denn der Beschwerdeführer war als Versicherungsnehmer der Vertragspartner des Versicherers. Er ist damit sowohl zur Beitragszahlung verpflichtet, als auch berechtigt, die Versicherungsleistungen zu beziehen. Maßgeblich war damit, ob und in welcher Höhe dem Beschwerdeführer Aufwendungen entstanden sind. Er hat die Arzneimittel als gesetzlicher Vertreter seiner Töchter bezogen und war Rechnungsaussteller und Rechnungsempfänger in einer Person.

5. Behandlungspflege

In jungen Jahren hatte der inzwischen 75-jährige und pflegebedürftige Beschwerdeführer einen besonders beitragsgünstigen Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen. Dieser Tarif

war speziell für Ärzte kalkuliert und sah keine Erstattungen für Behandlungskosten im ambulanten Bereich vor, sondern nur für die Sachkosten. Hintergrund war die Gepflogenheit unter Ärzten, sich gegenseitig keine Behandlungskosten in Rechnung zu stellen.

Aufgrund einer Krebserkrankung wurde der Beschwerdeführer im Krankenhaus behandelt, wo er sich mit einem multiresistenten Keim infizierte. Daraufhin benötigte der Beschwerdeführer eine 24-Stunden-Intensivpflege, die zunächst stationär erfolgte. Die Pflege wurde danach auf Wunsch der Familie mittels eines ambulanten Pflegedienstes zu Hause weiter geführt.

Da der Beschwerdeführer beatmet werden musste, war eine ganztägige Betreuung durch den Pflegedienst erforderlich. Neben den Leistungen aus der Pflegeversicherung erfolgte damit eine ambulante medizinisch-pflegerische Versorgung in Form einer 24-Stunden-Intensivpflege. Es ist anerkannt, dass diese Behandlungspflege dem ambulanten Leistungsbereich der Krankenversicherung zuzuordnen ist.

Die monatlichen Kosten von circa 20.000 Euro wurden von dem Versicherer unter Berufung auf den Behandlungskostenverzicht im ambulanten Bereich nicht erstattet.

Der Ombudsmann problematisierte, ob ein Behandlungskostenverzicht im ambulanten Bereich auch eine Kostenerstattung der ambulanten 24-Stunden-Intensivpflege ausschließe. Denn es ist anerkannt, dass der Zweck eines Krankenversicherungsvertrages ausgehöhlt werde, wenn ambulante Leistungen, die zur Erhaltung der Vitalfunktion dienen, ausgeschlossen würden.

Letztlich konnte die Frage offen bleiben. Der Versicherer bot im Rahmen des Ombudsmannverfahrens die vollständige Erstattung der 24-Stunden-Pflege an. Hierbei berücksichtigte er, dass die Familie die stationäre Betreuung für den Beschwerdeführer hätte fortführen können. Hierdurch wären deutlich höhere Kosten angefallen, die der Versicherer unstreitig hätte übernehmen müssen.

6. Gefängnis und Krankenversicherung

Der Versicherungsnehmer verbüßte eine Freiheitsstrafe im geschlossenen Vollzug. Aufgrund seiner finanziellen Situation bat er seinen Versicherer, den Versicherungsvertrag ruhend zu stellen. Das lehnte der Versicherer ab, ebenfalls die Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung, so dass der Versicherte während seines Gefängnisaufenthaltes den vollen Beitrag zahlen sollte.

Der Ombudsmann war mit diesem Ergebnis nicht einverstanden. Während des Strafvollzugs besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Heilfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz. Die Häftlinge werden in der Regel durch einen Anstaltsarzt oder in den Krankenhäusern des Justizvollzugs behandelt. Einem Häftling ist es auch gar nicht möglich, einen anderen Arzt seiner freien Wahl zu konsultieren.

Der Ombudsmann sprach sich daher für eine Sondervereinbarung aus, mit der der Vertrag ruhend gestellt wurde. Der Versicherer folgte dieser Empfehlung.

7. Hoffnung gegen Krebs

Die Beschwerdeführerin erkrankte an Darmkrebs und begab sich zur Behandlung zunächst in ein Universitätsklinikum. Dort wurde ihr zur Chemotherapie sowie zur vollständigen operativen Entfernung des Tumors geraten und die Behandlung als aussichtsreich eingestuft. Angesichts des fortgeschrittenen Tumorwachstums wurde ihr zu einem baldigen Behandlungsbeginn geraten.

Die Beschwerdeführerin hatte aufgrund der Schwere und der möglichen Komplikationen des Eingriffs jedoch Bedenken. Sie wandte sich an einen anderen Arzt, der anstelle des von der Beschwerdeführerin gefürchteten operativen Eingriffs eine alternative Behandlungsmethode ohne Operation empfahl. Der Arzt bezeichnete die vom Universitätsklinikum empfohlene Vorgehensweise als absurd und bedenklich. Die Beschwerdeführerin entschied sich schließlich für dieses alternative Therapiekonzept.

Anstelle der erhofften Besserung verschlechterte sich die Krebserkrankung und der Tumor dehnte sich in den folgenden fünf Monaten der Behandlung mit dem alternativen Therapiekonzept aus. Die Beschwerdeführerin entschied sich schließlich doch für den schulmedizinischen Eingriff.

Der alternativ behandelnde Arzt stellte der Beschwerdeführerin nun die Kosten für die zwischenzeitlich erfolgten Behandlungen in Rechnung, dies waren fast 7.000 Euro pro Woche – insgesamt ca. 40.000 Euro. Nach Prüfung durch einen externen Fachgutachter kam der Versicherer zu dem Ergebnis, dass die Wirksamkeit des alternativen Therapiekonzepts wissenschaftlich nicht belegt war. Zudem hätte die Beschwerdeführerin von Anfang an die schulmedizinischen Behandlungsmethoden wählen können, die ihr das Universitätsklinikum empfohlen hatte. Vor diesem Hintergrund konnte sich der Ombudsmann nicht für eine Erstattung der Kosten für das erfolglose alternative Therapiekonzept aussprechen.

8. Kryokonservierung von Eizellen

Bei der verheirateten Beschwerdeführerin bestand seit zwei Jahren ein unerfüllter Kinderwunsch. Ursache war eine bei der Beschwerdeführerin eingetretene Sterilität infolge eines Leidens an einer Endometriose. Eine Zeugungsunfähigkeit seitens des Ehemannes konnte ausgeschlossen werden. Der Beschwerdeführerin wurden im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation (IVF) Behandlung fünf Eizellen entnommen. Drei der anschließend befruchteten Eizellen wurden zeitnah in die Gebärmutter eingesetzt. Die verbleibenden zwei befruchteten Eizellen wurden kryokonserviert und eingelagert. Bereits im Rahmen des ersten Versuches trat eine Schwangerschaft ein.

Der Versicherer übernahm die Kosten für die IVF-Behandlung, lehnte aber die Kostenerstattung für die Kryokonservierung und Einlagerung der zwei weiteren Eizellen mit dem Hinweis auf eine individuelle Zusatzleistung ab. Zudem hätte keine medizinische Notwendigkeit bestanden, da bei der Beschwerdeführerin bereits beim ersten Versuch eine Schwangerschaft eintrat.

Diese Auffassung konnte der Ombudsmann nicht teilen. Vorliegend war von einem gedehnten Versicherungsfall auszugehen. Der Versicherungsfall beginnt mit der medizinisch notwendigen Heilbehandlung und endet, wenn nach objektivem medizinischem Befund keine Behandlungsmöglichkeit mehr besteht. Für den Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsfalles bei einer künstlichen Befruchtung stellt die höchstrichterliche Rechtsprechung auf eine eingetretene Mutterschaft ab. Der Eintritt einer Schwangerschaft selbst reicht nicht aus, da bei einem evtl. Verlust des Ungeborenen die Behandlungsbedürftigkeit fortbesteht. Frühestens zum Zeitpunkt der Geburt endet eine IVF-Behandlung.

Die Kryokonservierung einschließlich der Einlagerung der übrigen befruchteten Eizellen war somit unter Berücksichtigung der vorliegenden Diagnose Bestandteil der laufenden IVF-Behandlung. Die Anzahl der kryokonservierten befruchteten Eizellen war angemessen. Der Versicherer schloss sich der Ansicht des Ombudsmanns an und erstattete die offenen Kosten.

9. Mit geschiedenen Eltern krank im Urlaub

Die beiden minderjährigen Kinder der geschiedenen Beschwerdeführerin reisten am 31.07.2013 mit ihrem Vater an einen Urlaubsort im Ausland. Die Beschwerdeführerin selbst reiste erst am 28.08.2013 ins Ausland, um die Kinder vom ihrem geschiedenen Ehemann verabredungsgemäß zu übernehmen und mit ihnen den Rest der Sommerferien am Urlaubsort zu verbringen. Zuvor hatte sie am 24.08.2013 für sich selbst und ihre beiden Kinder eine Auslandsreisekrankenversicherung abgeschlossen und gab diesen Tag als Versicherungsbeginn an. Der Tarif sah die Kostenerstattung für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen im Ausland eingetretener Krankheiten vor. Versicherungsschutz bestand nach den Tarifbedingungen für die ersten acht Wochen einer Auslandsreise und begann mit der Grenzüberschreitung ins Ausland. Weiter war der Versicherungsschutz vor Reiseantritt zu beantragen.

Eines der Kinder musste am 30.08.2013 wegen einer schweren Ohrenentzündung im Krankenhaus am Urlaubsort behandelt

werden. Die Rechnung des Krankenhauses reichte die Beschwerdeführerin beim Versicherer ein. Dieser lehnte die Erstattung ab, da das Kind schon drei Wochen vor Versicherungsbeginn ins Ausland gereist war. Hierauf erwiderte die Beschwerdeführerin, sie habe den Versicherungsschutz für ihre Zeit mit den Kindern im Urlaub abgeschlossen und bat den Ombudsmann um Unterstützung.

Nach den Versicherungsbedingungen war entscheidend, wann die Ausreise aus Deutschland erfolgte. Unerheblich war, wer die Kinder im Ausland gerade betreute. Da der Versicherungsschutz damit nicht vor Reiseantritt beantragt war, konnte der Ombudsmann die Haltung des Versicherers nicht beanstanden. Er empfahl der Beschwerdeführerin, bei dem geschiedenen Ehemann nach zu fragen, ob dieser vor Reiseantritt seinerseits eine Auslandsreisekrankenversicherung für die beiden Kinder abgeschlossen hatte.

10. Wegfall eines Risikozuschlages

Im Rahmen eines Tarifwechsels wurde bei der Beschwerdeführerin eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. In diesem Rahmen wurde eine Gonarthrose festgestellt, für die bei der Vertragsumstellung ein Risikozuschlag vereinbart wurde. Einige Zeit später beantragte die Beschwerdeführerin den Wegfall des Risikozuschlages und erläuterte, die Krankheit sei vollständig ausgeheilt. Hierfür bezog sie sich auf ein fachärztliches Attest, wonach sich die zuletzt im Jahre 2007 behandelte Arthrose in einem Ruhestand befunden habe und nicht behandlungsbedürftig gewesen sei. Auch sei die Arthrose bei der Beschwerdeführerin altersentsprechend normal. Der Versicherer war nicht bereit, den Risikozuschlag aufzuheben. Zur Klärung dieser Frage wandte sich die Beschwerdeführerin an den Ombudsmann.

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz kann ein Versicherungsnehmer die Herabsetzung und auch die Aufhebung eines Risikozuschlages verlangen, wenn die risikoerhöhenden Umstände weggefallen sind oder ihre Bedeutung verloren haben. Eine Beschwerdefreiheit über einen längeren Zeitraum alleine reicht nicht aus.

Um diese Frage zu klären, werden verschiedenen Faktoren (Diagnose, Verlauf der Erkrankung, Risiko von Folgeerkrankungen, Zukunftsprognose etc.) zugrundegelegt. Der Versicherer geht bei der Erhebung eines Risikozuschlages von einem abstrakt erhöhten Risiko aus. Der Risikozuschlag ist nicht deshalb erforderlich, weil ein entsprechender Versicherungsfall als sicher angenommen wird, sondern weil die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Versicherungsfalls aufgrund des Gesundheitszustandes erhöht ist.

Eine Gonarthrose ist eine Erkrankung des Kniegelenks, die durch einen fortschreitenden Verlust am Gelenkknorpel gekennzeichnet ist. Der bereits entstandene Knorpelschaden am Gelenk ist irreversibel. Auch wenn sich der Zustand vorübergehend nicht weiter verschlechtert, besteht trotzdem eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass erneut Beschwerden bzw. Folgeerkrankungen auftreten können. Denn eine Arthrose bedeutet nichts anderes als einen Gelenkverschleiß, der über das gewöhnliche Maß hinausgeht.

Da das fachärztliche Attest eine vollständige Ausheilung gerade nicht belegte, konnte der Ombudsmann nicht weiterhelfen.

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

Ausblick

Bereits im Mai 2013 hat die EU mit der „Richtlinie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten“ die Vorteile von Schlichtungsverfahren anerkannt und einen flächendeckenden Zugang zu Streitschlichtungsstellen für Verbraucherstreitigkeiten in die Wege geleitet. Die Verbraucher sollen in der Lage sein, Ihre Meinungsverschiedenheiten außergerichtlich über ein Schlichtungsverfahren klären zu lassen.

Die Richtlinie ist bis zum 09.07.2015 in nationales Recht umzusetzen. Nachdem im November 2014 der Referentenentwurf des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (VSBG) vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz vorgelegt wurde, zu dem der Ombudsmann Stellung genommen hat, hat die Bundesregierung am 27.05.2015 den Gesetzentwurf beschlossen. Dieser sieht unter anderem Regelungen zur Person des Schlichters und zum Schlichtungsverfahren vor, ergänzt durch Berichts- und Mitteilungspflichten. Die vorhandenen Streitschlichtungsstellen müssen den Anforderungen des VSBG nach dem aktuellen Zeitplan spätestens bis zum 09.01.2016 gerecht werden.

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung erfüllt bereits heute überwiegend die Anforderungen aus dem Entwurf zum VSBG und hat im Übrigen eine Anpassung des Verfahrens an die voraussichtlichen Voraussetzungen des zukünftigen VSBG auf den Weg gebracht.

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

Anhang

1. Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

§ 1 Allgemeines

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

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

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

§ 2 Aufgabe und Zuständigkeit des Ombudsmannes

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

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

(3) Der Ombudsmann behandelt eine Beschwerde nicht, wenn

- der Beschwerdegegenstand bereits bei einem (Mahn-)Gericht anhängig ist, in der Vergangenheit anhängig war oder von dem Beschwerdeführer während des Schlichtungsverfahrens anhängig gemacht wird;
- die Streitigkeit durch außergerichtlichen Vergleich beigelegt ist;
- ein Antrag auf Prozesskostenhilfe abgewiesen worden ist, weil die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine Aussicht auf Erfolg bietet;
- 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 Streitfall um Vermittlung bitten, wenn der Versicherungsnehmer dem zugestimmt hat. § 2 Abs. 2 gilt entsprechend.

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

§ 4 Form, Vertretung, Kosten

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

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

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

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



**ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung
von 1927 V.V.a.G.**
Theodor-Heuss-Straße 96, 49377 Vechta
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta
Tel.: (04441) 9 05-0 / Fax: (04441) 9 05-4 70
www.alte-oldenburger.de
info@alte-oldenburger.de



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



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



Continental Krankenversicherung a.G.

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

Debeka

Versichern und Bausparen

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

Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring Krankenversicherungs-verein 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

DEVK Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft

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

DKV

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

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

envivas

Krankenversicherung AG

Envivas Krankenversicherung AG

Gereonswall 68, 50670 Köln
Tel.: (0800) 4 25 25 25 / Fax: (0221) 16 36-25 61
www.envivas.de
info@envivas.de

ERGO Direkt

ERGO Direkt Krankenversicherung AG

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



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

Hansaallee 154, 60320 Frankfurt
Postanschrift: Postfach 11 07 52,
60042 Frankfurt
Tel.: (069) 9 74 66-0 / Fax: (069) 9 74 66-1 30
www.famk.de
info@famk.de

Gothaer

Gothaer Krankenversicherung AG

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



HALLESCHKE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

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

HanseMerkur

Versicherungsgruppe



HanseMerkur Krankenversicherung AG

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

HanseMerkur Spezial Krankenversicherung AG

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



HUK-COBURG

Aus Tradition günstig

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



INTER Krankenversicherung aG

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



Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)

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


Landeskrankehilfe 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 VVG 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

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

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



münchener verein

Zukunft. In besten Händen.

MÜNCHENER VEREIN
Krankenversicherung a.G.

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

Schutz und Sicherheit im Zeichen der Burg



VERSICHERUNGSGRUPPE

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

Versicherer im
Raum der Kirchen

Bruderhilfe · Pax · Familienfürsorge

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

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


**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



Versicherungen und Finanzen

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
Sternbekasse (KSK) – V.V.a.G.**

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

Süddeutsche
Krankenversicherung
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



Krankenversicherung a.G.

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

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


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



Der Fels in der Brandung.

Württembergische Krankenversicherung AG

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


Europ Assistance Versicherungs-AG

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


Janitos Versicherung AG

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


WGV-Versicherung AG

Tübinger Straße 55, 70178 Stuttgart
Postanschrift: 70164 Stuttgart
Tel.: (0711) 16 95-17 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

Weitere Teilnehmer:

BD24 Berlin Direkt Versicherung AG

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


Postbeamtenkrankenkasse

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


Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

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

3. Weitere Anlaufstellen für die Versicherten

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

➤ **Versicherungsombudsmann**

Postfach 080632
10006 Berlin

Tel.: 0800/3696000

Fax: 0800/3699000

www.versicherungsombudsmann.de

Für Beschwerdefälle aus dem Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung:

➤ **Bundesversicherungsamt**

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Tel.: 0228/619-0

Fax: 0228/619-1870

www.bundesversicherungsamt.de

Für Beschwerden gegen jeglichen Versicherungszweig:

➤ **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)**

Graurheindorferstr. 108
53117 Bonn
bzw. Postfach 1253, 53002 Bonn

Tel.: 0228/4108-0

Fax: 0228/4108-1550

www.bafin.de

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

➤ **Patientenbeauftragter der Bundesregierung**

Herrn Karl-Josef Laumann
Friedrichstr. 108
10117 Berlin

Tel.: 030/18441-3424

Fax: 030/18441-3422

www.patientenbeauftragter.de

Zur Beilegung von Finanzstreitigkeiten in den Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums:

➤ **FIN-NET**

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

4. Kontaktdaten

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

Telefon: 08002 55 04 44

(kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)

Telefax: 030 20 45 89 31

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Ombudsmann

Heinz Lanfermann

Referatsleiter

Nikolai Sauer

Referenten

Madeleine Engel

Clemens Hof

Antonia Kremp

Michelle Mahlke

Judith Vollmer

Sekretariat

Susanne Boelitz

Mirela Piplica

Cathleen Prüfig

Katrin Schütz

Dana Wache

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

Stand: 31.05.2015

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