

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht

2016

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht

2016

Inhalt

Vorwort	2
I. Die Schlichtungsstelle	5
II. Umsetzung des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes	9
III. Organisation und Verfahren	13
Verfahrensgarantien	19
IV. Statistik	21
1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens	22
2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung	29
V. Ausgewählte Beschwerdethemen	33
1. Beitragsanpassung	34
2. Tarifwechsel	36
3. Umsatzsteuerpflicht der Krankenhäuser	38
4. Verzug mit der Beitragszahlung	40
VI. Beispielfälle	45
1. Primärarztprinzip	46
2. Arzt ist nicht gleich Arzt	47
3. Ein neues Hörgerät ohne Arzt	48
4. Beihilfe entfällt	49
5. Versicherungsleistungen nach Vertragsbeendigung	50
6. Fehlen nie angelegter Zähne	50
7. Öffnungsaktion	52
VII. Sonstiges	55
1. Fachlicher Austausch	56
2. Ausblick	56
VIII. Anhang	59
1. Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung	60
2. Mitgliedsunternehmen	68
3. Weitere Anlaufstellen für die Versicherten	75
4. Kontaktdaten	76

Vorwort

Die jährlichen Tätigkeitsberichte des Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung legen Rechenschaft über die Tätigkeit einer Schlichtungsstelle ab, die im Oktober des vergangenen Jahres ihren 15. Geburtstag begehen konnte. Aus diesem Anlass wurde auch ein Parlamentarischer Abend durchgeführt, bei dem die Festredner nicht mit Anerkennung und Lob gespart haben. Dafür möchten meine Mitarbeiter und ich uns hier noch einmal sehr bedanken.



Nachdem es einige Jahre lang leichte Rückgänge bei der Zahl der Beschwerden gab, war 2016 ein leichter Anstieg gegenüber dem Vorjahr – um 5,4% – zu verzeichnen. Einen genauen Überblick über die Entwicklung des Beschwerdeaufkommens und die Verschiebungen zwischen den Beschwerdegründen finden Sie im Kapitel Statistik. Die Beschwerdequote bleibt mit 0.014% – bezogen auf die Zahl von insgesamt über 43 Millionen Versicherungen in der Krankenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherung – äußerst gering; auf die vielfache Zahl der Abrechnungs- und Erstattungsvorgänge berechnet wäre die Quote noch viel kleiner. Deshalb kann auch für 2016 festgestellt werden, dass eine sehr hohe Zufriedenheit der Kunden mit ihrer privaten Krankenversicherung besteht und das Beschwerdemanagement offensichtlich schon viele Meinungsverschiedenheiten im Sinne der Kunden auflöst. Und wie in den vergangenen Jahren freue ich mich, über eine gute und erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Versicherungsunternehmen berichten zu können.

Bereits vor einem Jahr hatte ich an dieser Stelle besonders den weiteren Anstieg der Gebührenstreitigkeiten, die an den Ombudsmann herangetragen werden, beklagt. Das Verhältnis zwischen dem Versicherten und seiner Versicherung wird belastet, weil Leistungserbringer (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, Heilpraktiker, Physiotherapeut usw.) Forderungen für berechtigt halten, die der Versicherer als unbegründet oder überzogen ablehnt. Der Versicherte sitzt zwischen den Stühlen und ist verunsichert.

Leider hat sich dieser Trend verstärkt; der Anteil der Gebührenstreitigkeiten an den Beschwerden stieg von 19,9 auf 21,3%.

Eine der wesentlichen Ursachen für diese Entwicklung ist die völlig überalterte Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Gerade auch im Interesse der Versicherten möchte ich daher an alle appellieren, die an der Erarbeitung einer neuen GOÄ beteiligt sind, die Zeitungen zu widerlegen, die schon von einer wohl unendlichen Geschichte schreiben. Ärzte, Patienten, Gerichte und nicht zuletzt der Ombudsmann und seine Mitarbeiter werden es Ihnen danken!

Das Jahr 2016 stand ganz im Zeichen des neuen Gesetzes über die alternative Streitbeilegung in Verbrauchersachen (Verbraucherstreitbeilegungsgesetz – VSBG), das am 1. April in Kraft getreten und für die Arbeit der Schlichtungsstelle ab dem 1. August eine nicht unerhebliche Änderung und auch Erweiterung der Arbeitsabläufe mit sich brachte. Hierzu mussten im ersten Halbjahr umfangreiche Vorbereitungen getroffen und ab August für einen längeren Zeitraum parallel nach alten und neuen Regeln gearbeitet werden.

Der herzliche Dank an die Mitglieder meines Teams für die große und umsichtige Unterstützung meiner Arbeit ist deshalb bei diesem Jahresbericht noch größer als in den letzten Jahren, denn sie haben neben den vielfältigen Schreiben, Kontakten mit Versicherten und Unternehmen sowie Beratungen den Betrieb der Schlichtungsstelle auch unter den erschwerten Bedingungen zusätzlicher oder komplizierter gewordener Verfahrensabläufe durch erhöhten Einsatz vorbildlich aufrechterhalten.

Berlin, im Mai 2017

Heinz Lanfermann





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

Die Schlichtungsstelle

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

Person des
Ombudsmanns

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

Stellvertreter des
Ombudsmanns

Stellvertreter des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung ist seit Juni 2016 Professor Dr. Günter Hirsch, Ombudsmann für Versicherungen und Präsident des Bundesgerichtshofs a. D.

Aufgabe

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

Jubiläum 15 Jahre
Ombudsmann

Anlässlich des 15jährigen Bestehens der Schlichtungsstelle lud der Ombudsmann am 19.10.2016 zu einem Empfang in der Deutschen Parlamentarischen Gesellschaft ein. Redner an diesem Abend waren Heinz Lanfermann, Uwe Laue, Staatssekretär Karl-Josef Laumann und Prof. Dr. Otto Depenheuer.

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

FIN-NET

Im Jahr 2016 gingen beim Ombudsmann keine Anträge über das FIN-NET ein.



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

Umsetzung des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes

Am 01.04.2016 ist das VSBG in Kraft getreten und für den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung zum 01.08.2016 wirksam geworden. Mit dem VSBG wurde die EU-Richtlinie zur alternativen Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten vom 21.05.2013 in nationales Recht umgesetzt. Das Gesetz soll ein flächendeckendes System außergerichtlicher Schlichtung für Meinungsverschiedenheiten zwischen Verbrauchern und Unternehmen schaffen und dabei die Qualität des Schlichtungsverfahrens durch Mindeststandards sicherstellen. Es bestimmt daher Anforderungen bezüglich Fachkompetenz, Unparteilichkeit, Unabhängigkeit und Transparenz. Weiterhin regelt das Gesetz den Ablauf eines Streitbeilegungsverfahrens.

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung war bereits seit 2007 eine nach § 214 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anerkannte Schlichtungsstelle. Er hatte bereits vor der Einführung des VSBG einen Großteil der Anforderungen des Gesetzes erfüllt, wie z. B. die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit des Streitmittlers sowie die Kostenfreiheit für die Verbraucher.

Mit Wirkung zum 01.08.2016 wurde die Verfahrensordnung der Schlichtungsstelle (Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung) aktualisiert und gleichzeitig die tatsächlichen Geschäftsabläufen an das VSBG angepasst.

Neugefasst wurden u. a. die Voraussetzungen für die Durchführung des Schlichtungsverfahrens. So kann sich der Versicherte auch dann an den Ombudsmann wenden, wenn parallel dazu die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) eingeschaltet wurde.

Ebenfalls neu ist die Information der Schlichtungsstelle an den Beschwerdeführer, wenn die Beschwerdeakte vollständig ist und keine weiteren Informationen mehr benötigt werden. Dies ist in der Regel anzunehmen, wenn alle Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme hatten. Nach dieser Mitteilung schließt der Om-

budsmann innerhalb von 90 Tagen den Vorgang ab oder unterbreitet innerhalb dieser Frist einen Schlichtungsvorschlag.

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung entspricht mit der neuen Verfahrensordnung den Vorgaben des VSBG und ist seit dem 01.08.2016 offiziell als Verbraucherschlichtungsstelle anerkannt und wird vom Bundesamt für Justiz (BfJ) im Verzeichnis der Verbraucherschlichtungsstellen gelistet. Auch die Europäische Kommission weist auf ihrer ODR-Plattform (Online Dispute Resolution) auf den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung hin.



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

Organisation und Verfahren

Sitz der
Schlichtungsstelle

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

Statut des
Ombudsmanns

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

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

Nachstehend wird ausschließlich das Schlichtungsverfahren nach der aktuellen Verfahrensordnung dargestellt. Das bis zum 31.07.2016 durchgeführte Verfahren ist in den vergangenen Tätigkeitsberichten erläutert.

Antragstellung

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

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

Der Antragsteller hat in seinem Antrag die Streitigkeit, die geschlichtet werden soll, zu schildern und sein Beschwerdebegehren darzulegen. Dem Antrag sollten streitentscheidende Dokumente in Kopie beigelegt sein, beispielsweise die Vorkorrespondenz mit dem Versicherer, aber auch der Versicherungs-

schein, ärztliche Unterlagen, Krankenhaus- Entlassungsberichte u.a., soweit für den Fall relevant.

Bei Eingang des Antrags wird zunächst geprüft, ob sich die eingereichte Beschwerde auf den Bereich der Kranken- und/oder Pflegeversicherung bezieht. Private Kranken- oder Pflegeversicherungen in diesem Sinne sind insbesondere die Krankheitskostenversicherung, die Krankenhaustagegeldversicherung, die Krankentagegeldversicherung und die Pflegepflichtversicherung sowie die ergänzende Pflegeversicherung. Das betreffende Krankenversicherungsunternehmen muss Mitglied im Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. sein.

Prüfung des Antrags

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

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

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

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

Ablehnungsgründe

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

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

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

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

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

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

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

Eingangs-
bestätigung

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

Weiterleitung
des Antrags

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

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

Prüfung und
Entscheidung

Der Ombudsmann unterbreitet einen Schlichtungsvorschlag oder schließt das Verfahren innerhalb von 90 Tagen nach Vorliegen der vollständigen Beschwerdeakte. Die Beschwerdeakte ist

vollständig, wenn die Stellungnahmen beider Parteien und alle erforderlichen Informationen zum Sachverhalt vorliegen. Sobald dies der Fall ist, informiert die Schlichtungsstelle die Parteien darüber, dass mit einem Ergebnis innerhalb der nächsten 90 Tage zu rechnen ist.

Anhand der jeweiligen Stellungnahmen sowie der eingereichten Unterlagen der Parteien wird der Antrag in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht geprüft. Als Grundlage für die Prüfung dienen die Gesetze, die Versicherungs- und Tarifbedingungen sowie die einschlägige Rechtsprechung, wobei die Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls berücksichtigt werden. In den Fällen, in denen es um eine medizinische Fragestellung geht, können im Rahmen des kostenfreien Ombudsmannverfahrens zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts keine medizinischen Gutachten Dritter eingeholt werden. Eine mündliche Anhörung der Parteien oder eine Zeugenvernehmung finden ebenfalls nicht statt.

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

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

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

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

Der Schlichtungsvorschlag enthält den Sachverhalt und die rechtliche Bewertung und wird den Parteien übermittelt. Er enthält den Hinweis, dass der Vorschlag von dem Ergebnis eines ge-

Prüfung

Abschluss des
Verfahrens

Einigung

Nichteinigung

Schlichtungs-
vorschlag

richtlichen Verfahrens abweichen kann. Der Ombudsmann weist zudem auf die Möglichkeit hin, den Vorschlag nicht anzunehmen und die Gerichte anzurufen. Zur Annahme des Vorschlags setzt der Ombudsmann den Parteien eine angemessene Frist.

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

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

Verfahrensgarantien

1. Unparteilichkeit

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

2. Qualifikation des Ombudsmanns

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

3. Verjährungshemmung

Die Verjährung eines Anspruchs wird im Rahmen des Schlichtungsverfahrens gehemmt. Es gelten die gesetzlichen Regelungen nach § 204 Abs. 1 Nr. 4 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

4. Prüfungskompetenz

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



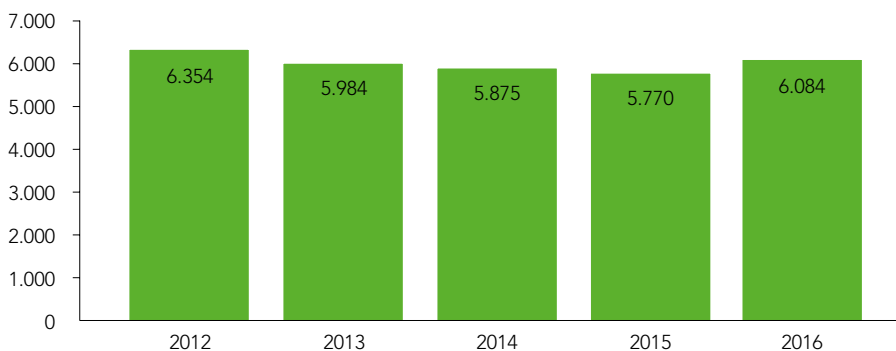
- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Umsetzung des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes
- III. Organisation und Verfahren
- IV. Statistik**
- V. Ausgewählte Beschwerdethemen
- VI. Beispielfälle
- VII. Sonstiges
- VIII. Anhang

Statistik

1. Entwicklung des Beschwerdeaufkommens

Im Berichtszeitraum 2016 ist die Zahl der Anfragen beim Ombudsmann erstmals seit Jahren wieder leicht gestiegen. Insgesamt gingen beim Ombudsmann 6.084 Schlichtungsanträge ein und damit 5,4% mehr als 2015. 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 43 Millionen bestehenden Versicherungen¹ in der Krankenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherung, für die der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung zuständig ist, errechnet sich eine Beschwerdequote von rund 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.

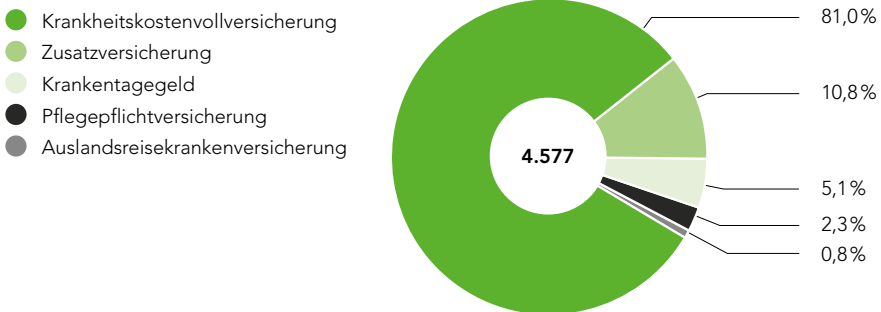
¹ Stand: 30.04.2017

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

Von den im Berichtsjahr eingegangenen Beschwerden waren 4.577 und damit 75,2% zulässig.

152 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 2016



Die Verteilung der Beschwerden auf die einzelnen Themengebiete entspricht nahezu der der letzten Jahre. 81,0% entfielen auf die Krankheitskostenvollversicherung, 10,8% auf Zusatzversicherungen. Bei letzteren handelt es sich überwiegend um Ergänzungsversicherungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Leicht gesunken ist das Beschwerdeaufkommen in Bezug auf die Krankentagegeldversicherung und liegt nun bei 5,1%. Ebenfalls mit nur kleinen Veränderungen werden an den Ombudsmann Beschwerden im Zusammenhang mit der Pflegepflichtversicherung (2,3%) und der Auslandsreisekrankenversicherung (0,8%) herangetragen.

Verteilung des
Beschwerde-
aufkommens

Krankheitskostenvollversicherung

Medizinische Notwendigkeit

Unverändert haben sich die Versicherten im Jahr 2016 am häufigsten mit Fragen hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit einzelner Behandlungsmaßnahmen an den Ombudsmann gewandt (21,8%). Darunter fallen alle Beschwerden, die sich auf die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlungen und Krankenhausaufenthalten beziehen. Hierunter zählen im Ergebnis aber auch die Beschwerden im Zusammenhang mit Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln (insgesamt 11,8%). Versicherungsschutz besteht nach den Versicherungsbedingungen, wenn die Maßnahmen „medizinisch notwendig“ und im vereinbarten Versicherungsumfang enthalten sind. Was medizinisch notwendig ist, lässt sich immer nur im Einzelfall klären, und der Ombudsmann ist – da es sich um eine medizinische Frage handelt – auf eine summarische Prüfung beschränkt. In den letzten Jahren ist die Zahl der Beschwerden zu diesem Themenkomplex unverändert hoch. Dies mag auch daran liegen, dass die Versicherer eingereichte Rechnungen aufgrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen insgesamt kritischer prüfen und immer häufiger über die Frage der medizinischen Notwendigkeit diskutiert werden muss.

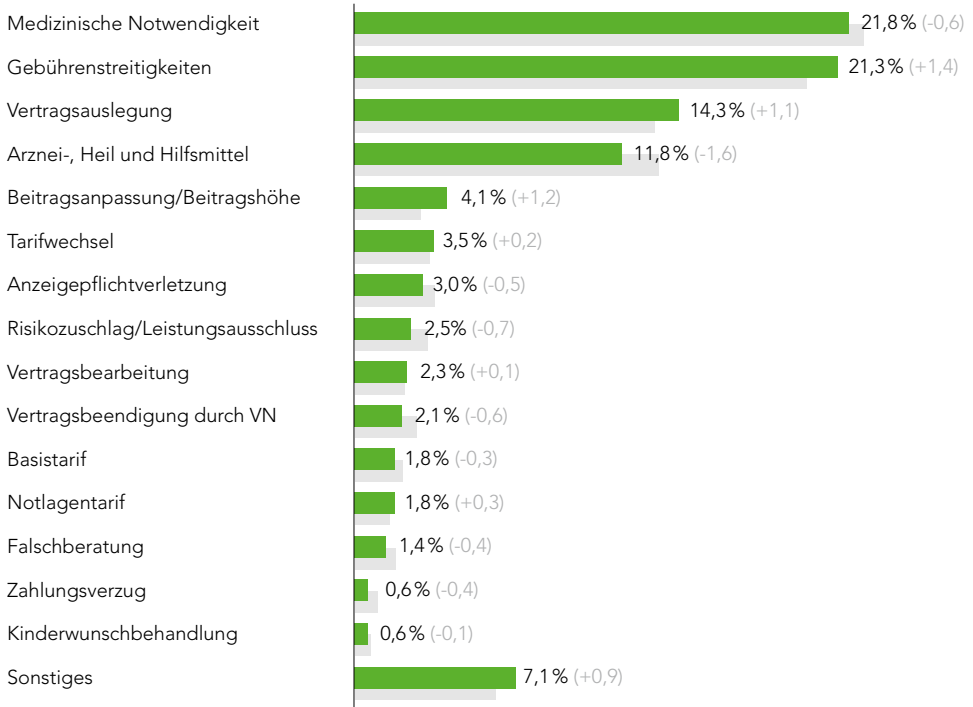
Gebühren- streitigkeiten

Im Berichtszeitraum wurden erneut häufiger Gebührenstreitigkeiten an den Ombudsmann herangetragen (21,3%). 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 dauern die Vorarbeiten zwischen der Privaten Krankenversicherung und der Bundesärztekammer über eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an. Da die Überarbeitung noch nicht abgeschlossen ist, gilt für die ärztlichen Abrechnungen weiterhin die bisherige GOÄ. Unter Verweis darauf, die aktuelle GOÄ sei überaltert, wird oftmals argumentiert, dass diese die ärztlichen Leistungen nicht mehr angemessen honoriere. Allerdings ist es dem Gesetzgeber vorbehalten, eine neue GOÄ zu erlassen. Daher sind bis zu einer Aktualisierung die derzeit gültigen Vorgaben einzuhalten. Auf der anderen Seite sind den Unternehmen zur Wahrung der Beitragsstabilität und der Gleichbehandlung der Versicherten eine

großzügige Erstattung von Arztrechnungen oder Kulanzleistungen häufig nicht möglich.

Verteilung der Beschwerdethemen 2016 (Veränderung zum Vorjahr)

Insgesamt in der Krankheitskostenvollversicherung: **3.708** (81,0%)



Erneut rückläufig ist der Anteil der Beschwerden aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung bei Vertragsschluss (3,0%). 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 Versich-

Anzeigepflicht-
verletzung

erungsvertragsgesetz, 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 im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (4,1%). Einen Überblick gibt der Abschnitt zu den Beitragsanpassungen im Kapitel der ausgewählten Beschwerdethemen.

Tarifwechsel

Nahezu konstant sind die Beschwerdezahlen im Zusammenhang mit Tarifwechseln (3,5% gegenüber 3,3% im Jahr 2015). Ein Tarifwechsel ist für die Versicherten bedeutsam, da dies eine Möglichkeit ist, die Beitragshöhe zu senken. Jedoch ist eine Reduzierung der Beitragslast oftmals nur über eine Reduzierung des Versicherungsschutzes zu erreichen.

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

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

Basistarif

Der Anteil der Beschwerden im Zusammenhang mit dem Basistarif hat sich erneut leicht reduziert und beträgt nun 1,8%. Insbesondere bislang nicht versicherte Personen finden Versicherungsschutz in diesem brancheneinheitlichen Tarif, dessen Leistungen in Art, Umfang und Höhe mit denen der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind. Mittlerweile steht nicht mehr der Kontrahierungszwang zur Aufnahme im Basistarif im Vordergrund

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

Weiter gestiegen sind die Anträge, die sich auf die Auslegung und Anwendung der Versicherungsbedingungen beziehen (14,3%). 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.

Vertragsauslegung

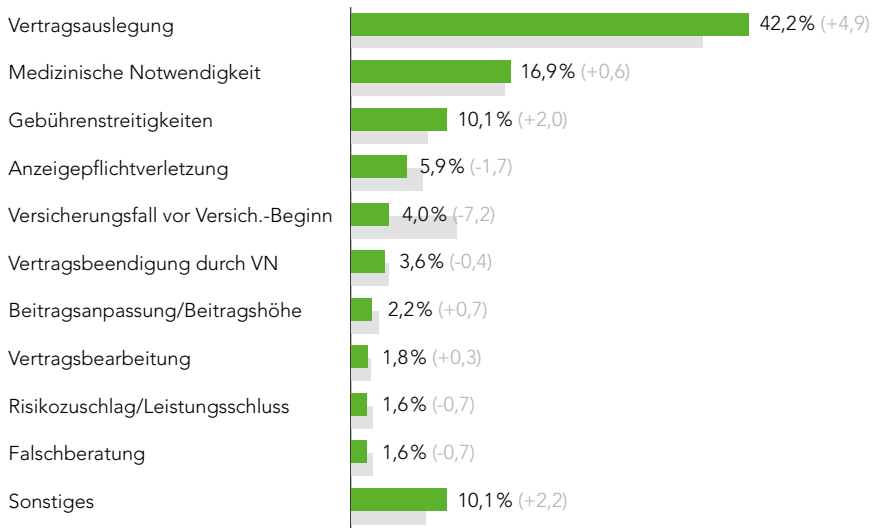
Leicht gestiegen sind ebenfalls die Beschwerden im Zusammenhang mit dem Notlagentarif (1,8%). Mit Wirkung zum 01.08.2013 hat der Gesetzgeber das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung eingeführt. Hierdurch sollen Versicherte entlastet werden, die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

Notlagentarif

Zusatzversicherungen

Im Jahr 2016 hat sich der Trend fortgesetzt, den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung durch eine private Vorsorge aufzustocken. Die Zahl der Zusatzversicherungen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. In der Vergangenheit wurde das Angebot durch die staatlich geförderte, ergänzende Pflegezusatzversicherung sogar noch erweitert, was von den Versicherten positiv angenommen wird.

Der Schwerpunkt der Beschwerden liegt mit 42,2% auf der vertragsrechtlichen Ausgestaltung. Wie bei der Krankheitskostenvollversicherung besteht zwischen den Versicherten und den

Verteilung der Beschwerdethemen 2016 (Veränderung zum Vorjahr)**Insgesamt** in Zusatzversicherungen: **494** (10,8%)

Unternehmen oft Uneinigkeit, in welchem Umfang Versicherungsleistungen zu erbringen sind. Da die Zusatzversicherungen häufig Leistungen anderer Kostenträger einbeziehen, sind die einzelnen Versicherungsbedingungen teilweise sehr komplex, so dass für die Versicherten oftmals Erläuterungsbedarf besteht.

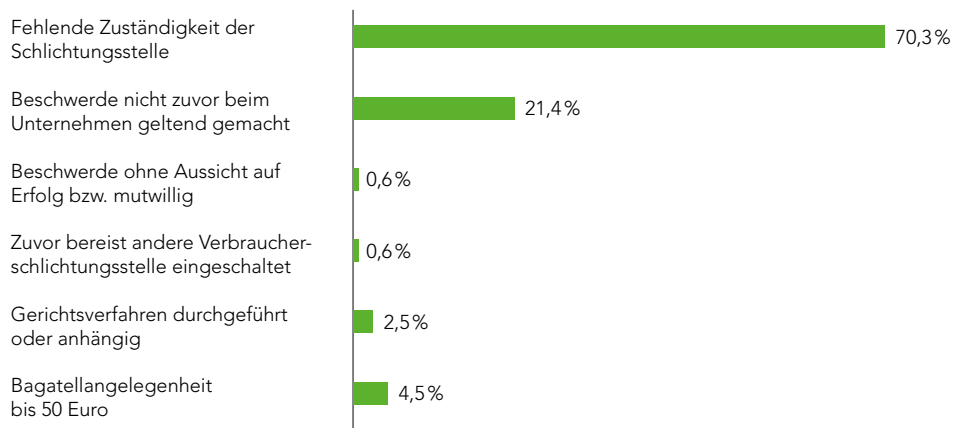
Als weitere Schwerpunktthemen werden mit 16,9% wiederum Fragen zur medizinischen Notwendigkeit einzelner Behandlungsmaßnahmen sowie gebührenrechtliche Meinungsverschiedenheiten mit 10,1% an den Ombudsmann herangetragen. Die Gründe entsprechen denen in der Krankheitskostenvollversicherung.

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 1.507 Anträge nicht zur Bearbeitung angenommen, das entspricht 24,8%.

Von diesen entfielen 485 Anträge auf die Zeit ab dem 1. August 2016, so dass für sie die Ablehnungsgründe galten, die sich aus § 14 VSBG bzw. § 5 Abs. 1 des Statuts des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung ergaben.

Die ab dem 1. August 2016 abgelehnten Anträge verteilen sich auf folgende Ablehnungsgründe:

Ablehnungsgründe 2016



2. Ergebnisse der Beschwerdebearbeitung

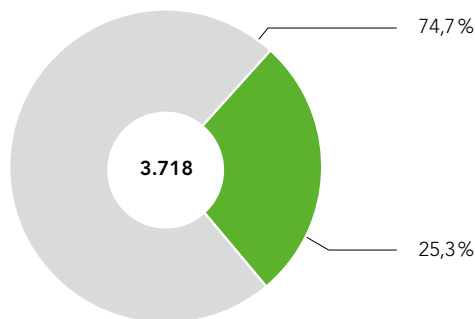
Im Jahr 2016 hat die Ombudsstelle insgesamt 3.718 Beschwerden abgeschlossen. Überdies bearbeiten die Mitarbeiter des Ombudsmanns täglich rund 30 telefonische Anfragen zum Ablauf des Beschwerdeverfahrens bzw. auch zu bereits eingereichten Beschwerden. Auf diesem Weg können bereits einige Fragestellungen geklärt werden.

Im Durchschnitt hat der Ombudsmann ein Schlichtungsverfahren nach rund 14 Wochen ab Eingang der Beschwerde abgeschlossen. Eilbedürftige Fälle wurden nach Möglichkeit schneller bearbeitet.

Bei 25,3% der Abschlüsse konnte der Ombudsmann den Versicherten vollständig oder zumindest teilweise weiterhelfen. In 74,7% der Fälle war eine Schlichtung durch den Ombudsmann nicht möglich. In dieser Quote sind auch die Ergebnisse der Schlichtungsvorschläge enthalten, von denen der Ombudsmann

Ergebnisse der zulässigen Beschwerden 2016

- Schlichtung ganz oder teilweise möglich
- Schlichtung nicht möglich



im Jahr 2016 insgesamt 28 nach der neuen Verfahrensordnung ausgesprochen hat.

Vor Inkrafttreten der neuen Verfahrensordnung ist keine Förmliche Empfehlung gemäß § 7 Absatz 1 des Statuts alte Fassung gegen einen Versicherer ergangen. Eine solche sprach der Ombudsmann nach der bislang geltenden Verfahrensordnung nur dann aus, wenn der Versicherer seiner Empfehlung im Rahmen des Verfahrens nicht folgt.

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 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 Antragstellern. Sie sind häufig zufrieden, wenn sie einen Teilerfolg erzielen oder ihnen die rechtlichen Zusammenhänge in verständlicher Form erklärt werden.

Um die Tätigkeitsschwerpunkte und besondere Themen direkt mit den Versicherungsunternehmen zu besprechen, findet etwa alle zwei Jahre eine Konferenz statt, in der der Ombudsmann auf die aus seiner Sicht problematischen Sachthemen aufmerksam macht. Im Hinblick auf das VSBG wurde eine Konferenz im September 2016 durchgeführt.



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

Ausgewählte Beschwerdethemen

1. Beitragsanpassung

Seit der Aufnahme der Tätigkeit der Schlichtungsstelle sind Beitragsanpassungen in der Krankenversicherung ein stetiges Thema. Im Berichtsjahr 2016 haben mehrere Versicherte die Beiträge anpassen müssen. Dies spiegelt sich in der Verteilung der Beschwerdethemen im Ombudsmannverfahren wider.

medizinischer
Fortschritt

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

Niedrigzins

Im Jahr 2016 hatte zusätzlich die Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank (EZB) Einfluss auf die Beitragsgestaltung in der Privaten Krankenversicherung.

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

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

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

Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens ist eine Überprüfung der durch die Versicherungsunternehmen erfolgten Kalkulation der Beiträge nicht möglich. Dies muss einem unabhängigen Treuhänder überlassen bleiben.

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

In den Fällen, in denen Versicherte die Beitragsanpassung zum Anlass nehmen, ihre Sorge um steigende Beiträge im Alter zu äußern, stellt der Ombudsmann regelmäßig die Faktoren dar, die im Alter zu einer Beitragsentlastung führen. So entfällt nach

Aufklärungs-
arbeit durch den
Ombudsmann

dem Erreichen des 60. Lebensjahres der von den Versicherten meist zu zahlende gesetzliche Zuschlag in Höhe von 10% des Beitrags. Dies bewirkt eine sofortige Beitragsreduzierung. Nach dem 65. Lebensjahr wird die angesparte Summe dann verwendet, um künftige Beitragsanpassungen abzumildern. Nicht verbrauchte Beiträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Beitragssenkung einzusetzen.

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

Außerdem verweist der Ombudsmann auf die Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen und insbesondere auf die Hinweispflicht zur Wechselmöglichkeit in den Standardtarif. Dieser Tarif wurde für Versicherte im Rentenalter geschaffen und entspricht der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Daher darf dieser Tarif den in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlenden Höchstbeitrag nicht überschreiten.

2. Tarifwechsel

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

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

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

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

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

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

3. Umsatzsteuerpflicht der Krankenhäuser

Im Jahr 2016 erreichten den Ombudsmann diverse Beschwerden zum Thema Umsatzsteuerpflicht von Privatkliniken. Die Beschwerdeführer sahen sich der Problematik ausgesetzt, dass die von ihnen in Anspruch genommene Privatklinik auf die erbrachten Leistungen eine Umsatzsteuer berechnete, der private Krankenversicherer diese jedoch nicht erstattet hat. Folglich mussten die Versicherten die Umsatzsteuer selbst tragen. Der Ombudsmann hatte nun zu prüfen, ob dies mit der bestehenden Rechtslage übereinstimmt.

Hierbei ist zunächst festzuhalten, dass sich Regelungen zur Umsatzbesteuerung im Umsatzsteuergesetz (UStG) finden. Als umsatzsteuerfrei werden gemäß § 4 Nr. 14b Satz 2aa UStG Krankenhausbehandlungen und ärztliche Heilbehandlungen einschließlich der Diagnostik, Befunderhebung, Vorsorge, Rehabilitation, Geburtshilfe und Hospizleistungen sowie damit eng verbundene Umsätze bezeichnet, die von zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erbracht werden.

Eine Privatklinik fällt nicht unter die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und dürfte sich daher grundsätzlich nicht auf die Umsatzsteuerbefreiung berufen.

Dem entgegen steht jedoch die Mehrwertsteuersystemrichtlinie (MwStSystRL), welche durch die Europäische Union erlassen wurde. Gemäß Artikel 132 Abs. 1b MwStSystRL befreien die Mitgliedstaaten von der Steuer „Krankenhausbehandlungen und ärztliche Heilbehandlungen sowie damit eng verbundene Umsätze“. Handelt es sich bei dem Steuerpflichtigen, der diese Leistungen erbringt, nicht um eine Einrichtung des öffentlichen Rechts, sind diese Umsätze nur steuerfrei, wenn sie „unter Be-

ationale Regelung:
Umsatzsteuergesetz

entgegenstehende
EU-Richtlinie

dingungen, welche mit den Bedingungen für diese Einrichtungen in sozialer Hinsicht vergleichbar sind, von Krankenanstalten, Zentren für ärztliche Heilbehandlung und Diagnostik und anderen ordnungsgemäß anerkannten Einrichtungen gleicher Art durchgeführt beziehungsweise bewirkt werden“. Hiernach können Einrichtungen unabhängig von § 108 SGB V von der Umsatzsteuer befreit sein.

Der nationale Gesetzgeber schränkt folglich mit § 4 Nr. 14b Satz 2aa UStG die europäischen Vorgaben aus der MwStSystRL ein und überschreitet damit den ihm eingeräumten Ermessensspielraum bei der Umsetzung einer Richtlinie. Der Bundesfinanzhof (BFH) hatte daher bereits mehrfach entschieden, dass sich die Privatkliniken für die Inanspruchnahme der begehrten Steuerbefreiung unmittelbar auf das Unionsrecht, das heißt die MwStSystRL, berufen können. Voraussetzung hierfür ist u.a., dass die Klinik ein hinreichendes Gemeinwohlinteresse verfolgt, d.h. sich ihr Leistungsspektrum an denen der öffentlichen Kliniken orientiert, Regelleistungen ohne Luxuscharakter anbietet, die Abrechnungspraxis mit den Vergütungssätzen zugelassener Krankenhäuser vergleichbar ist und auch gesetzlich Versicherte sowie Beihilferechtigte entsprechend behandelt werden. Dabei müssen die genannten Voraussetzungen nicht alle gleichzeitig vorliegen.

Klarstellung durch
Bundesfinanzhof

In den vom Ombudsmann zu entscheidenden Fällen erfüllten die betreffenden Privatkliniken zumindest teilweise die genannten Voraussetzungen. So wurden die medizinisch notwendigen Behandlungen in einer regulären Klinikausstattung durchgeführt, sodass ein Gemeinwohlinteresse anzunehmen war. Weiter gab es unterschiedliche Unterbringungsmöglichkeiten (Einbett-, Zweibett-, Mehrbettzimmer) und die Abrechnung erfolgte in Anlehnung an das Fallpauschalsystem auf der Basis von DRG's (Diagnosis Related Groups), welche auch im Rahmen der zugelassenen Krankenhäuser herangezogen werden.

Voraussetzungen für
die Steuerbefreiung

Problematisch war nun jedoch, dass der BFH die Privatkliniken nicht ausdrücklich verpflichtet hatte, sich auf eine Umsatzsteuerbefreiung im Hinblick auf die MwStSystRL zu berufen. Vielmehr hatte er lediglich darauf hingewiesen, dass sich die Privatkliniken entgegen der nationalen Regelung in § 4 Nr. 14b Satz 2aa UStG auf eine Umsatzsteuerbefreiung gemäß der MwStSystRL berufen dürfen. Daraus könnte man schließen, dass es der un-

Pflicht zur Umsatz-
steuerbefreiung

ternehmerischen Entscheidung der Privatkliniken überlassen bleiben muss, ob diese von der Umsatzsteuerbefreiung profitieren möchten. Darüber hinaus ist nicht unstrittig, ob und inwiefern Richtlinien im privaten Rechtsverkehr unmittelbare Wirkung entfalten. Die Urteile des BFH beziehen sich insofern lediglich auf Ansprüche der Privatkliniken gegenüber den Finanzämtern, mithin den Behörden für die staatliche Finanzverwaltung. Fraglich war daher, ob sich auch die privaten Krankenversicherer auf diese Regelung berufen und die Erstattung der berechneten Umsatzsteuer ablehnen dürfen.

Auswirkung für
privaten Versicherer

Eine höchstrichterliche Entscheidung gibt es zu dieser Frage noch nicht. Amtsgerichtlich wurde die Auffassung der privaten Krankenversicherer jedoch bereits bestätigt. Das Gericht führte aus, dass die betreffende Privatklinik aufgrund der MwStSystRL nicht umsatzsteuerpflichtig sei und der Versicherer daher die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer nicht erstatten müsse. Folglich muss es zumindest als vertretbar angesehen werden, dass sich die privaten Krankenversicherer auf die Möglichkeit der Umsatzsteuerbefreiung der Privatkliniken berufen und die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer unerstattet lassen.

Empfehlung des
Ombudsmanns

Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Ombudsmann allen Versicherten, die sich in einer Privatklinik behandeln lassen wollen, die Klinik im Vorfeld auf die Rechtslage hinzuweisen und um Erlass der Umsatzsteuer zu bitten. Aufgrund der Rechtsprechung des BFH besteht für Privatkliniken eindeutig keine Pflicht, die Umsatzsteuer zu erheben. Diese dennoch auszuweisen würde den Versicherten bzw. Patienten in nicht nachvollziehbarer Weise benachteiligen.

4. Verzug mit der Beitragszahlung

Den Ombudsmann erreichten im vergangenen Jahr auch immer wieder Beschwerden, in denen die Antragsteller um Lösungsvorschläge baten, da sie den Versicherungsbeitrag nicht mehr zahlen konnten. Die Fälle betrafen sowohl kurzfristige Zahlungseingpässe, als auch länger dauernde, über mehrere Jahre anhaltende Zahlungsschwierigkeiten.

Nach dem Versicherungsvertrag ist der Versicherte insbesondere verpflichtet, die vereinbarte Versicherungsprämie zu entrichten.

Pflicht zur
Prämienzahlung

Bei vorübergehenden Zahlungsengpässen kommt der Abschluss einer Ratenzahlungsvereinbarung mit dem Krankenversicherer in Betracht. Eine rechtliche Verpflichtung des Versicherten, sich auf eine solche Vereinbarung einzulassen, besteht jedoch nicht.

Ratenzahlungs-
vereinbarung

Zahlt der Versicherungsnehmer die Beiträge über einen längeren Zeitraum nicht, kann ihn der Versicherer nach zwei Monaten mahnen. Dabei müssen zusätzlich zur bestehenden Beitragsschuld ein Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstands und Mahnkosten gezahlt werden. Schuldet der Versicherte zwei Monate nach der ersten Mahnung noch mindestens einen Monatsbeitrag, erhält er eine zweite Mahnung. Der Versicherer weist dabei darauf hin, dass der Vertrag ruhend gestellt wird, wenn der Versicherte die Beitragsschuld nicht innerhalb des nächsten Monats begleicht. Für diesen Fall stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Der Versicherungsnehmer gilt dann als im Notlagentarif versichert. Der Notlagentarif dient der finanziellen Entlastung des Versicherungsnehmers, um ihm perspektivisch die Rückkehr in ein normales Vertragsverhältnis zu ermöglichen.

der Notlagentarif

Die Umstellung wird nach Ablauf der Frist mit Beginn des nächsten Monats vorgenommen. Solange der Versicherungsschutz ruht, erstattet der Versicherer nur die Behandlungskosten bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Insgesamt sind die Leistungen im Notlagentarif stark eingeschränkt. Außerdem werden in diesem Tarif keine Alterungsrückstellungen gebildet. Der Versicherungsnehmer kann die Rückumstellung in seinen ursprünglichen Versicherungsschutz nur bewirken, indem er die bestehenden Beitragsschulden vollständig begleicht.

Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens versucht der Ombudsmann, die Versicherten zu unterstützen. Um die am besten geeignete Lösung zu finden, ist es notwendig, dass sich der Versicherte rechtzeitig mit seinem Versicherer in Verbindung setzt und, falls keine Lösung gefunden wird, an den Ombudsmann wendet. Dies erleichtert es, eine für die jeweilige individuel-

le Situation adäquate Lösung für beide Seiten zu finden und mögliche Folgen abzumildern. Der Krankenversicherer hat das Recht, aufgelaufene Beitragsschulden vom Versicherten jederzeit einzuklagen. In diesem Fall wäre es für eine Schlichtung im Ombudsmannverfahren jedoch zu spät.

Wenn die Schwierigkeiten mit der Beitragszahlung voraussichtlich längere Zeit andauern werden, erkundigte sich der Ombudsmann für den Beschwerdeführer nach Tarifwechsellmöglichkeiten, d.h. nach Tarifen, für die zwar geringere Beiträge zu zahlen sind, welche jedoch regelmäßig auch mit einem geringeren Leistungsspektrum einhergehen. Auch die Erhöhung des Selbstbehalts kann eine geeignete Lösungsmöglichkeit sein, um den Schwierigkeiten bei der Beitragszahlung entgegenzuwirken.

der Standardtarif

Für Versicherte, die bereits vor dem Jahr 2009 in der Privaten Krankenversicherung versichert waren, besteht bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen auch die Möglichkeit, den Versicherungsschutz in den brancheneinheitlichen Standardtarif umzustellen. Der Standardtarif erfüllt in der Privaten Krankenversicherung vor allem eine soziale Schutzfunktion. Er richtet sich insbesondere an Versicherte, die aus finanziellen Gründen einen besonders preiswerten Tarif benötigen. Abweichend von üblichen Kalkulationsgrundsätzen der Privaten Krankenversicherung, dass nämlich jedes Versichertenkollektiv die erforderlichen Versicherungsleistungen mit eigenen Beiträgen finanzieren muss, übernimmt der Versicherer im Standardtarif Risiken, die nicht in vollem Umfang über die Beiträge der nach diesem Tarif Versicherten abgedeckt werden. Diese „Überleistungen“ werden durch einen kalkulatorischen Zuschlag finanziert, der bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres in allen Tarifen, die zum Wechsel in den Standardtarif berechtigen, erhoben wird.

Der Standardtarif wurde auf eine Initiative des Gesetzgebers hin per 01.07.1994 von den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung eingeführt und garantiert den versicherungsfähigen Privatversicherten, dass sie keinen höheren Beitrag zahlen müssen, als den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

der Basistarif

Als weitere Lösungsmöglichkeit kommt auch in Betracht, in den brancheneinheitlichen Basistarif zu wechseln. Dieser Tarif be-

ruht auf gesetzlichen Regelungen und muss nach Art, Umfang, und Höhe mit den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein. Wenn der Versicherte durch die Zahlung des Beitrags im Basistarif hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts wird, reduziert der Versicherer den Beitrag um die Hälfte. Besteht auch dann noch Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich die für den Versicherungsnehmer zuständige Sozialbehörde (Bundessagentur für Arbeit oder Sozialamt) im erforderlichen Umfang am Beitrag. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Höchstbeitrags Hilfebedürftigkeit, wird der Beitrag auf die Hälfte des Höchstbeitrags reduziert. Die Hilfebedürftigkeit muss der Versicherungsnehmer durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers gegenüber dem Versicherer nachweisen.



- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Umsetzung des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes
- III. Organisation und Verfahren
- IV. Statistik
- V. Ausgewählte Beschwerdethemen
- VI. Beispielsfälle**
- VII. Sonstiges
- VIII. Anhang

Beispielsfälle aus der Ombudsmannpraxis

1. Primärarztprinzip

Der Beschwerdeführer wechselte in einen Tarif, in welchem das sog. Primärarztprinzip gilt. Danach werden die Kosten für die Behandlung durch einen Facharzt (mit Ausnahme von Augen-, Kinder- und Frauenärzten) nur dann vollständig erstattet, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin durchgeführt wurde oder eine Überweisung durch einen solchen Arzt zu einem Facharzt eingereicht wird. Anderenfalls erfolgt nur eine anteilige Kostenerstattung.

Der Beschwerdeführer begab sich wiederholt in Behandlung bei einem Internisten, welcher für diesen der erste Ansprechpartner bei gesundheitlichen Einschränkungen war. Nach Einreichung der Behandlungsrechnungen kürzte der Versicherer seine Erstattungsleistung um 25 %, da der Beschwerdeführer sich direkt durch einen Facharzt für Innere Medizin behandeln ließ. Gleichwohl bot der Versicherer eine Kulanzprüfung zur Anerkennung des Behandlers als Primärarzt an, wenn ein langjähriges vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis besteht und zudem allgemeinmedizinische Behandlungen durchgeführt wurden. Da jedoch die vom Versicherer verlangte Mindestbehandlungsdauer von drei Jahren durch den Facharzt nicht erfüllt war, lehnte der Versicherer eine freiwillige Leistung ab.

Nach Auffassung des Ombudsmanns bestand jedoch zwischen dem Beschwerdeführer und dem behandelnden Internisten unter Berücksichtigung des bisherigen Behandlungsumfangs ein bereits gefestigtes Vertrauensverhältnis. Der Beschwerdeführer hatte seinen Internisten seit ca. 2 ½ Jahren in der Funktion eines „Hausarztes“ in Anspruch genommen. Seinerseits wurden auch jegliche Überweisungen an Fachärzte ausgestellt und Arztbriefe entgegengenommen. Zudem hatte der Beschwerdeführer dort auch allgemeinmedizinische Behandlungen in Anspruch genommen. Allein das Nichtvorliegen der zeitlichen Komponente stand einer Kulanz seitens des Versicherers entgegen, was dem Ombudsmanns als unangemessen erschien.

Der Ombudsmann sprach sich dafür aus, dass der Versicherer zugunsten seines Versicherungsnehmers den behandelnden Internisten als Primärarzt anerkannte und auf die zukünftige Erstattungskürzung verzichtete sowie bisherige Kürzungsbeträge nacherstattete. Dieser Empfehlung folgte der Versicherer.

2. Arzt ist nicht gleich Arzt

Der Beschwerdeführer wandte sich an den Ombudsmann, weil der Versicherer die von ihm bei einer GmbH in Anspruch genommene Lasik-Operation nicht erstattet hatte.

Hintergrund für die Leistungsablehnung war, dass es sich bei der GmbH weder um einen niedergelassenen Arzt noch um ein medizinisches Versorgungszentrum gehandelt hat.

Der Ombudsmann konnte dem Beschwerdeführer im Ergebnis nicht helfen. Denn insofern regelten die dem Krankenversicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen, dass dem Versicherten die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten freisteht. Darüber hinaus können Behandlungen in Medizinischen Versorgungszentren wahrgenommen werden.

Unter einer Niederlassung versteht man die öffentlich erkennbare Bereitschaft zur Ausübung des ärztlichen Berufs in selbstständiger Praxis an einem bestimmten Ort. Damit soll die Behandlungsqualität gesichert werden, was letztlich auch im Patienteninteresse liegt. Der niedergelassene Arzt übernimmt berufsrechtlich die Verpflichtung, an der erforderlichen ärztlichen Versorgung mitzuwirken. Aufgrund dieser mit der Niederlassung verbundenen Pflichten kann davon ausgegangen werden, dass die Untersuchungs- und Behandlungstätigkeit an der medizinischen Wissenschaft und der Schulmedizin orientiert ist und ordnungsgemäß ausgeübt wird.

Ein Medizinisches Versorgungszentrum ist eine in Deutschland zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene, fachübergreifende Behandlungseinrichtung unter ärztlicher Leitung.

Die GmbH war zum einen kein Medizinisches Versorgungszentrum. Zum anderen handelte es sich bei dieser um eine juristi-

sche Person. Eine solche ist selbst kein Arzt. Aus diesem Grund bestand für den Beschwerdeführer kein Anspruch auf Kostenersatzung im Hinblick auf die Lasik-Operation. Dies gilt auch dann, wenn die Behandlung durch angestellte Ärzte erfolgt ist. Denn anders als bei einem niedergelassenen Arzt besteht hier zumindest die theoretische Gefahr, dass die Untersuchung durch einseitige Vorgaben des Trägers der Einrichtung geringere Qualitätsstandards aufweist.

3. Ein neues Hörgerät ohne Arzt

Dem seit vielen Jahren an einer Schwerhörigkeit leidenden Beschwerdeführer wurden vor einigen Jahren zwei Hörgeräte ärztlicherseits verordnet. Die insoweit entstandenen Aufwendungen hatte der Versicherer übernommen. Um die Kosten für eine weitere ohrenärztliche Untersuchung und Ausstellung eines ärztlichen Attestes einzusparen, ließ sich der Beschwerdeführer ohne eine Verordnung neue Hörgeräte anpassen. Der Versicherer lehnte eine Kostenübernahme mangels Vorlage einer aktuellen ärztlichen Verordnung ab.

Nach den einschlägigen Tarifbedingungen ist beim Bezug von Hilfsmitteln erforderlich, dass diese von einem Arzt verordnet worden sind. Eine vor mehreren Jahren ausgestellte ohrenärztliche Verordnung für den damaligen Bezug von Hörgeräten kann nicht als Grundlage angesehen werden. Mangels Einholung einer aktuellen ärztlichen Verordnung bestand insoweit kein Kostenerstattungsanspruch gegenüber dem Versicherer für die nunmehr bezogenen Hörgeräte.

Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens hatte sich der Versicherer zum Zwecke einer gütlichen Streitbeilegung entgegenkommend bereit erklärt, einmalig auf die Vorlage einer ärztlichen Verordnung für die Hörgeräteversorgung zu verzichten und die Kosten für die aktuell bezogenen Geräte auf rein freiwilliger Basis zu erstatten. Dabei wurde jedoch klargestellt, dass in Zukunft der Versicherer auf der Vorlage einer ärztlichen Verordnung für den Bezug eines Hilfsmittels bestehen wird.

4. Beihilfe entfällt

Der im öffentlichen Dienst angestellte Beschwerdeführer hatte während seiner beruflichen Tätigkeit einen Beihilfeanspruch von 50 % und das Restkostenrisiko über seine private Krankenversicherung abgesichert. Mit seinem Ruhestand entfiel der Beihilfeanspruch vollständig. Daraufhin stockte der Beschwerdeführer seinen Krankenversicherungsschutz von 50 % auf 100 % auf und ging davon aus, dass sich der Beitrag deckungsgleich mit dem Versicherungsschutz verdoppeln würde. Nachdem die Aufstockung jedoch teurer wurde, bat der Beschwerdeführer den Ombudsmann um Unterstützung.

Im Fall der Veränderung des Beihilfebemessungssatzes hat der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Anpassung des Versicherungsschutzes, siehe § 199 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Stellt der Versicherungsnehmer einen entsprechenden Antrag binnen einer Frist von sechs Monaten seit dem Zeitpunkt der Änderung, muss der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne eine erneute Risikoprüfung und Wartezeit gewähren.

Trotzdem führt das nicht zwangsläufig dazu, dass der Beitrag im gleichen Verhältnis wie der Umfang des Versicherungsschutzes steigt. Oftmals handelt es sich bei dem hinzuversicherten Teil um einen eigenständigen Tarif, der einer eigenen Beitragskalkulation und Schadensentwicklung unterliegt.

Insbesondere ist aber ausschlaggebend, dass für die Hinzusicherung der 50 % das aktuelle Lebensalter des Beschwerdeführers für diesen Teil zugrunde zu legen war. Für diesen Vertragsteil hatte der Beschwerdeführer bislang keine Alterungsrückstellungen gebildet. Da innerhalb des bisherigen Versicherungsschutzes bereits Alterungsrückstellungen gebildet wurden, war der Beitrag für diesen Teil selbstverständlich niedriger. Die Berücksichtigung des aktuellen Lebensalters war nicht durch § 199 VVG ausgeschlossen. Der Ombudsmann konnte der Beschwerde nicht abhelfen.

5. Versicherungsleistungen nach Vertragsbeendigung

Die Antragstellerin wandte sich gegen ihren ehemaligen Versicherer, der Leistungen für eine zahnärztliche Behandlung ablehnte. Die Behandlung fand statt, als ihr Vertrag bereits beendet und die Antragstellerin gesetzlich krankenversichert war. Die Ablehnung konnte die ehemals privat Versicherte nicht nachvollziehen, da sie vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan eingereicht und eine Kostenzusage von ihrem Versicherer erhalten hatte. Die Behandlung konnte sie allerdings, wie sie mitteilte, aus verschiedenen Gründen nicht früher beginnen.

Die Ablehnung des Versicherers konnte der Ombudsmann nicht beanstanden. Zu Recht berief sich dieser auf § 7 Musterbedingungen Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK). Nach § 7 MB/KK endet der Versicherungsschutz mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Dies gilt auch für sogenannte schwebende Versicherungsfälle, also Fälle, bei denen die Behandlung bereits begonnen hatte. Entscheidend für die Zahlung von Versicherungsleistungen ist, ob die konkreten Behandlungen noch im Zeitraum des Vertragsverhältnisses durchgeführt wurden oder – wie vorliegend – erst danach.

Für Behandlungen nach Beendigung des Vertragsverhältnisses ist der Versicherer nicht mehr leistungspflichtig. Hieran ändert auch die vorherige Zusage nichts, zumal die Antragstellerin zu diesem Zeitpunkt die Behandlung noch hätte in Anspruch nehmen können und die Kosten über ihre private Krankenversicherung erstattet erhalten hätte. Der Ombudsmann verwies die Antragstellerin allerdings an ihre gesetzliche Krankenkasse sowie an ihren Zahnarzt. Dieser hätte die Antragstellerin bereits als gesetzlich versicherte Patientin behandeln können.

6. Fehlen nie angelegter Zähne

Die Beschwerdeführerin hatte bei Antragstellung nicht angegeben, dass ihr die Zähne 37 und 47 (die jeweils hinteren Backenzähne im Oberkiefer) fehlten bzw. nicht angelegt waren. Als der Versicherer dies bei einer späteren Leistungspflichtprüfung

bemerkte, nahm er eine rückwirkende Vertragsanpassung vor und verlangte ab Vertragsbeginn einen Risikozuschlag für die fehlenden bzw. nicht angelegten Zähne in den Kieferregionen 37 und 47. Seine Vorgehensweise begründete der Versicherer damit, dass die Beschwerdeführerin ihre vorvertragliche Anzeigepflicht bei Antragsstellung fahrlässig verletzt habe.

Aus § 19 Versicherungsvertragsgesetz ergibt sich eine Anzeigepflicht des Antragstellers. Danach ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, bei Abgabe seiner Vertragserklärung alle ihm bekannten Umstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen.

Verletzt der Versicherer seine Anzeigepflicht, hat der Versicherer unter anderem das Recht, eine Vertragsanpassung vorzunehmen. Diese Möglichkeit besteht auch dann, wenn dem Versicherungsnehmer lediglich eine leicht fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorzuwerfen ist.

Die Beschwerdeführerin wandte ein, dass sie die ihr im Antragsformular gestellte Frage: „Fehlen Ihnen Zähne, welche bisher noch nicht ersetzt wurden (nicht Weisheitszähne/Lückenschluss)“ wahrheitsgemäß mit „Nein“ beantwortet habe, da sie die Backenzähne 37 und 47 von Geburt an nicht hatte. Die nicht vorhandenen Zähne hätten daher nicht ersetzt werden können. Sie sei nicht davon ausgegangen, dass ihr diese Zähne fehlen.

Der Ombudsmann empfahl in diesem Fall dem Versicherer, auf den Risikozuschlag zu verzichten. Es war nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin die beiden Zähne nicht als fehlend wahrgenommen hat, da diese noch nie vorhanden waren.

Der Versicherer verzichtete daraufhin auf den Risikozuschlag und führte das Vertragsverhältnis zu den ursprünglich geschlossenen Bedingungen fort.

7. Öffnungsaktion

Der Beschwerdeführer wollte im Ombudsmannverfahren eine Aufnahme in die Private Krankenversicherung im Rahmen der sogenannten Öffnungsaktion für Beamte erreichen.

Nachdem der Beschwerdeführer zuletzt als angestellter Lehrer tätig und gesetzlich krankenversichert war, nahm er in einem anderen Bundesland die Möglichkeit der Verbeamtung auf Probe wahr. Seinen Antrag auf Aufnahme in die Private Krankenversicherung im Rahmen der Öffnungsaktion lehnte der Versicherer mit der Begründung ab, dass er in der Vergangenheit bereits privat krankenversichert war und die Notwendigkeit, sich erneut privat zu versichern, bei der Beendigung des ursprünglich bereits bei dem Versicherer bestehenden Krankenversicherungsvertrages vorhersehbar gewesen sei.

Die Private Krankenversicherung bietet Beamten einen Versicherungsschutz, der auf die Leistungen der Krankenversorgung der Beamten (Beihilfe) abgestimmt werden kann. Unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht die Private Krankenversicherung Beamten, Beamtenanfängern und ihren Angehörigen einen erleichterten Zugang zu einer privaten Krankenversicherung. Dieser Zugang im Rahmen der sogenannten Öffnungsaktion ist insbesondere für Personen mit Vorerkrankungen interessant. Denn grundsätzlich ist jeder private Krankenversicherer frei in der Entscheidung, einen Vertrag zu schließen oder nicht. Anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung richten sich die Beiträge in der Privaten Krankenversicherung nicht nach dem Einkommen des Versicherten, sondern nach den zu erwartenden Ausgaben des Krankenversicherers für die Gesundheitsversorgung des Kunden. Ist das durchschnittliche Krankheitsrisiko aufgrund bestimmter Vorerkrankungen erhöht, kann der Versicherer einen Risikozuschlag oder Leistungsausschluss verlangen oder einen Vertragsabschluss gänzlich ablehnen. Vorliegend lehnte der Versicherer einen Vertragsabschluss aufgrund bekannter Vorerkrankungen ab.

Die Wahrnehmung des erleichterten Zugangs im Rahmen der Öffnungsaktion ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. So muss der Antragsteller zum berechtigten Personenkreis gehören, darf nicht bereits über eine private Krankenversicherung

verfügen und muss bestimmte Antragsfristen wahren. Diese Voraussetzungen waren vorliegend erfüllt. Als Beamter auf Probe gehörte der Beschwerdeführer grundsätzlich zum teilnahmeberechtigten Personenkreis. Zudem stellte er den Antrag auf Aufnahme in die Private Krankenversicherung fristgerecht innerhalb von sechs Monaten nach Beginn des Beamtenverhältnisses.

Jedoch wird nach den Bedingungen der Öffnungsaktion nicht aufgenommen, wer gesetzlich oder nicht versichert ist, aber bereits in – gegebenenfalls beihilfekonformen – Vollkostentarifen privat versichert war. Eine Ausnahme besteht für den Fall, dass die Notwendigkeit, sich erneut privat zu versichern, bei Beendigung des ursprünglichen Vertrags nicht vorhersehbar war und der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung deshalb unterblieben ist.

Bereits während seines Vorbereitungsdienstes für ein Lehramt unterhielt der Beschwerdeführer bei dem Versicherer eine beihilfekonforme Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung.

Zur Zeit der Absolvierung des Vorbereitungsdienstes für ein Lehramt war nicht auszuschließen, dass es bei der Ausübung der gewählten beruflichen Tätigkeit im Laufe des Lebens zu einer Verbeamtung kommt. Es liegt in der Hand der Bundesländer, ob und wie viele Lehrer verbeamtet werden oder im Angestelltenverhältnis tätig sind. Selbst wenn ein Bundesland keine Verbeamtung auf Probe gewährt, so bleibt doch eine Verbeamtung in anderen Bundesländern möglich. Es war daher für den Beschwerdeführer vorhersehbar, dass er in seinem Berufsleben als verbeamteter Lehrer tätig sein kann. Im vorliegenden Fall wurde dies gerade dadurch bestätigt, dass der Beschwerdeführer tatsächlich verbeamtet wurde.

Unabhängig von der Möglichkeit einer Verbeamtung in einem der 16 Bundesländer, besteht auch im Hinblick auf die Höhe des Verdienstes als angestellter Lehrer mit Blick auf die Entgelttabellen zum Tarifvertrag des Öffentlichen Dienstes der Länder für Lehrer die Möglichkeit, im Laufe des Berufslebens die Jahresarbeitsentgeltgrenze zu überschreiten und versicherungsfrei in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu sein, um dann in eine Private Krankenversicherung zu wechseln.



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

1. Fachlicher Austausch

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung hat auch im Jahr 2016 den fachlichen Austausch mit dem Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV), der BaFin sowie anderen Schlichtungsstellen fortgesetzt. Im Rahmen dieser mittlerweile zur Tradition gewordenen Schlichtertreffen nahmen die jeweiligen Streitschlichter und verschiedene Mitarbeiter der Schlichtungsstellen teil, um sich konstruktiv über die Schlichtungsarbeit auszutauschen. Daneben wurde an verschiedenen Informationsveranstaltungen und Diskussionen rund um die außergerichtliche Streitschlichtung teilgenommen.

2. Ausblick

Mit Inkrafttreten des VSBG am 01.04.2016 wurde die Bedeutung der außergerichtlichen Streitschlichtung untermauert und weiter gestärkt. Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist bereits seit Jahren innerhalb der außergerichtlichen Streitschlichtung etabliert und nun auch eine anerkannte Verbraucherschlichtungsstelle nach dem VSBG.

Eine Schlichtung ist erfolgversprechend, wenn sie gewisse Standards gewährleistet. Hierzu gehören Unparteilichkeit, Unabhängigkeit, Transparenz, Qualifikation und Fachwissen des Schlichters. Alle dies erfüllt der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung. Zudem ist das Verfahren für die Versicherten kostenfrei.

Zum ersten Mal seit Jahren ist die Anzahl der Beschwerden beim Ombudsmann im Jahr 2016 wieder gestiegen, wenn auch nur moderat. Allerdings sieht das VSBG in den §§ 36 und 37 verschiedene Informationspflichten für die Unternehmen vor. So ist ein Versicherer neben seiner allgemeinen Informationspflicht insbesondere verpflichtet, den Versicherten auf den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung als die zuständige Verbraucherschlichtungsstelle in Textform unter Angabe der Anschrift und Website hinzuweisen, wenn die Streitigkeit durch den Versicherer und den Versicherten nicht beigelegt werden kann.



- I. Die Schlichtungsstelle
- II. Umsetzung des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes
- III. Organisation und Verfahren
- IV. Statistik
- V. Ausgewählte Beschwerdethemen
- VII. Sonstiges
- VIII. 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 Ombudsmannsstelle für Angelegenheiten der Privaten Krankenversicherung eingerichtet. Die Ombudsstelle ist auch für Beschwerden von Bürgern gegen Versicherungsvermittler zuständig, soweit es sich um die erfolgte oder versuchte Vermittlung von Privaten Kranken- und Pflegeversicherungen handelt, sowie für Streitigkeiten mit Versicherungsberatern im Zusammenhang mit dem Zustandekommen von Versicherungsverträgen. Für die Tätigkeit der Ombudsstelle gilt das folgende Statut.

§ 1 Berufung des Ombudsmanns

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 2 Unabhängige Amtsausübung

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

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

§ 3 Aufgabe und Zuständigkeit des Ombudsmannes

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

(2) Voraussetzung für sein Tätigwerden ist, dass der Beschwerdegegenstand sich auf eine Private Kranken- oder Pflegeversicherung und die sich bei ihrer Durchführung ergebenden Fragen bezieht. Private Kranken- oder Pflegeversicherungen in diesem Sinne sind insbesondere die Krankheitskostenversicherung, die Krankenhaustagegeldversicherung, die Krankentagegeldversicherung und die Pflegepflichtversicherung sowie die ergänzende Pflegeversicherung. Das betreffende Krankenversicherungsunternehmen muss Mitglied im Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. sein. Der Ombudsmann kann in Abstimmung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. auch andere Beschwerden annehmen, es sei denn, einer der Beteiligten wünscht dies nicht. Beschwerden gegen Vermittler werden behandelt, wenn Beschwerdegegenstand eine erfolgte oder versuchte Vermittlung von privaten Kranken- oder Pflegeversicherungen ist. Beschwerden gegen Versicherungsberater werden behandelt, wenn Beschwerdegegenstand eine Beratung im Zusammenhang mit einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist. Voraussetzung ist jeweils, dass das Krankenversicherungsunternehmen am Ombudsmannverfahren teilnimmt.

§ 4 Beschwerdeführer

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

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

§ 5 Ablehnung einer Beschwerde und Verfahrenseinstellung

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

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

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

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

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

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

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

§ 6 Antragstellung - Form, Vertretung, Kosten

(1) Die Beschwerde ist in Textform einzureichen. Die Beschwerdeschrift soll eine kurze Schilderung des Sachverhalts und die für die Bearbeitung notwendigen ergänzenden Unterlagen enthalten. Mündliche Beschwerden werden grundsätzlich nicht entgegen genommen. Die Verfahrenssprache ist deutsch.

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

(3) Die Beschwerdebearbeitung durch den Ombudsmann ist für die Beteiligten kostenlos. Kosten und Auslagen, die den Parteien im Rahmen des Beschwerdeverfahrens, z. B. durch Porto oder Beauftragung eines Bevollmächtigten entstehen, sind von ihnen selbst zu tragen.

§ 7 Verjährung

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

§ 8 Beteiligung der Parteien

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

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

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

§ 9 Verfahrensdauer

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

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

§ 10 Verfahren

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

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

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

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

§ 11 Geheimhaltungspflicht und Datenschutz

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

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

§ 12 Information der Öffentlichkeit

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

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

§ 13 Finanzierung

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

§ 14 Sonstiges

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

2. Mitgliedsunternehmen (Stand: Ende 2016)



Allianz Private Krankenversicherungs-AG

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



AXA Krankenversicherung AG

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



ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

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



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



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

Warngauer 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 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

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 Krankenversicherung AG

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



**HALLESCHE Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit**

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



HanseMerkur Krankenversicherung AG

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

**HanseMerkur Spezial
Krankenversicherung AG**

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



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



INTER Krankenversicherung AG

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



**Krankenunterstützungskasse der
Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)**

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


Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

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

LIGA

KRANKENVERSICHERUNG KATHOLISCHER PRIESTER VVVG REGENSBURG

LIGA Krankenversicherung katholischer Priester VVaG

Friedenstraße 18, 93053 Regensburg
 Postanschrift: Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3,
 93055 Regensburg
 Tel.: (0941) 40 95-2 01 / Fax: (0941) 40 95-2 09
www.ligakranken.de
service@ligakranken.de


LVM Krankenversicherungs-AG

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


Mecklenburgische
 KRANKENVERSICHERUNGS-AKTIEGESELLSCHAFT

Mecklenburgische
Krankenversicherungs-AG

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


MÜNCHENER VEREIN
Krankenversicherung a.G.

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


NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

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


Versicherer im
Raum der Kirchen

Bruderhilfe · Pax · Familienfürsorge

Pax-Familienfürsorge Kranken-
versicherung AG im Raum der Kirchen

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


Provinzial Krankenversicherung
Hannover AG

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



R+V Krankenversicherung AG

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



SIGNAL Krankenversicherung a.G.

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



SONO Krankenversicherung a.G.

Hans-Böckler-Straße 51, 46236 Bottrop
 Tel.: (02041) 18 22-0 / Fax: (02041) 18 22-20
www.sonoag.de
info@sonoag.de



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

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



Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

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



Union Krankenversicherung AG

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



uniVersa Krankenversicherung a.G.

Sulzbacher Straße 1–7, 90489 Nürnberg
 Postanschrift: 90333 Nürnberg
 Tel.: (0911) 53 07-0 / Fax: (0911) 53 07-16 76
www.universa.de
info@universa.de



vigo Krankenversicherung VVaG

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



württembergische

Der Fels in der Brandung.

Württembergische Krankenversicherung AG

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

Außerordentliche Mitgliedsunternehmen:



die Bayerische

Versichert nach dem Reinheitsgebot

Bayerische Beamten Versicherung AG

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



EUROPA Versicherung AG

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



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



Janitos Versicherung AG

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



Europ Assistance Versicherungs-AG

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



WGV-Versicherung AG

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

WÜRZBURGER | DIE VERSICHERUNG

Würzburger Versicherungs-AG

Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg
Postanschrift: Postfach 68 29, 97018 Würzburg
Tel.: (0931) 27 95-0 / Fax: (0931) 27 95-2 95
www.wuerzbuerger.com
info@wuerzbuerger.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)**
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
bzw. Postfach 1253, 53002 Bonn
Tel.: 0228/4108-0
Fax: 0228/4108-1550
www.bafin.de

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

- **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

Stefan Brachmüller

Franziska Große

Michelle Mahlke

Nina Seyfried

Sandy Stephan

Judith Vollmer

Sekretariat

Susanne Boelitz

Mirela Piplica

Cathleen Prüfig

Jana Renz

Katrin Schütz

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

Stand: 31.05.2017

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