

Tätigkeitsbericht 2019



OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

Tätigkeitsbericht 2019

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

INHALT

Vorwort.....	5
I. Jahresbericht 2019.....	7
Zahlen	8
Themen	9
Verfahren	13
II. Statistik.....	15
Schlichtungsanträge	16
Themen	17
Ergebnisse im Schlichtungsverfahren.....	19
III. Der Ombudsmann und das Ombudsmannverfahren	21
Ombudsmann	22
Organisation und Verfahrensablauf	23
IV. Beispiele aus der Schlichtungstätigkeit	27
Medizinische Notwendigkeit	28
Gebührenstreitigkeiten.....	33
Leistungen aus der Pflegeversicherung	34
V. Verfahrensordnung	37
Statut.....	38
Teilnehmende Versicherungsunternehmen.....	42
Impressum	44

Hinweis: Zum Zweck der besseren Lesbarkeit, wird auf eine geschlechtsbezogene Formulierung weitestgehend verzichtet. Selbstverständlich sind immer sämtliche Geschlechter gemeint, auch wenn nur eines angesprochen wird.

”

Bei Meinungsverschiedenheiten
zwischen Ihnen und Ihrer privaten
Krankenversicherung können

Sie in unserem Schlichtungsverfahren die
Rechtslage durch erfahrene Juristen unab-
hängig und kostenfrei überprüfen
lassen, um außergerichtlich eine
Lösung zu finden.“

“



Dieser Tätigkeitsbericht des Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung umfasst den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2019.

Auch in diesem Jahr gibt er Auskunft über die wesentlichen Zahlen, insbesondere über die Anzahl der eingegangenen und entschiedenen Anträge sowie deren Ausgang, unterteilt nach Sparten und Themenbereichen. Auffällig ist im Jahr 2019, dass die Zahl der eingereichten Schlichtungsanträge im Vergleich zum Vorjahr erheblich zurückgegangen ist.

Die Bearbeitung der Schlichtungsanträge wird, beginnend mit der Erfassung und Aufarbeitung des Beschwerdegrundes, insbesondere der betroffenen rechtlichen Fragen, vor allem durch die Referentinnen und Referenten geleistet, die als spezialisierte Volljuristen die Schlichtungsmöglichkeiten ausloten und dabei möglichst die einzelne Beschwerde vom Eingang bis zum Abschluss betreuen. Zusammen mit dem Sekretariatsteam, das den ständigen Aktenfluss organisiert, sorgen sie als eingespielte Gruppe für das gute Funktionieren der Schlichtungsstelle. Ihnen möchte ich daher an dieser Stelle ein besonders herzliches Dankeschön für ihre engagierte Arbeit aussprechen.

Die Institution Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung besteht seit dem 01. Oktober 2001 und wird demnächst auf eine fast 20-jährige Vermittlungstätigkeit zurückblicken, bei der das Schlichtungsverfahren sowohl von den Versicherten als auch den Versicherungsunternehmen stets gut angenommen und genutzt worden ist.

Berlin, im Januar 2020

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Heinz Lanfermann'. The signature is fluid and cursive.

Heinz Lanfermann

I. Jahresbericht 2019



Hörgeräte
Beitragserhöhung
Innovative
Behandlungsmethoden

ZAHLEN

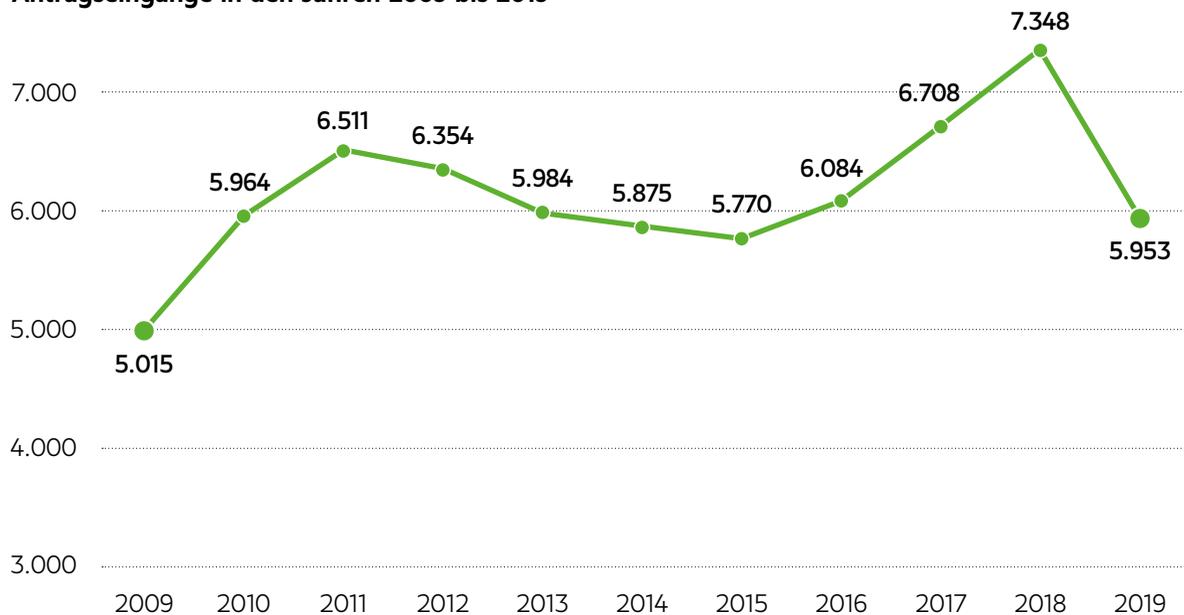
Im Berichtsjahr 2019 erreichten den Ombudsmann 5.953 Schlichtungsanträge. Unter Berücksichtigung der üblichen Schwankungen liegt die Zahl der Antragsgänge im letzten Jahr damit geringfügig unter dem Mittelwert von 6.161 Antragsgängen in den Jahren 2009 bis 2019.

Die ungewöhnlich hohe Zahl der Antragsgänge im Jahr 2018 stellte eine Besonderheit in dieser langjährigen Entwicklung dar. Sie beruhte auf einem Eingang von 1.177 Anträgen zum Jahresende, die sich allein auf die Frage zur Berechtigung von Beitragsanpassungen in der Krankheitskostenvollversicherung bezogen. Nach diesem sprunghaften Anstieg, dem damit verbundenen hohen Mehraufwand und einer entsprechenden Abarbeitung dieser Anträge durch die Schlichtungsstelle, kann der Ombudsmann für das Berichtsjahr 2019 nunmehr wieder einen Antragsgang verzeichnen, der dem Niveau der Jahre zuvor entspricht.

Unter Berücksichtigung der über 40 Millionen bestehenden Verträge in der Krankheitskostenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherung, für die der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung zuständig ist, liegt die Zahl der Fälle, in denen ein Schlichtungsverfahren zur Vermittlung bei Meinungsverschiedenheiten angestrebt wurde, bei unter 0,02 %.

Dies spricht für eine weiterhin hohe Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer privaten Krankenversicherung und insbesondere auch für ein lösungsorientiertes Beschwerdemanagement der Krankenversicherer. Wie in den Jahren zuvor kann der Ombudsmann erneut über eine konstruktive und erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Versicherungsunternehmen berichten.

Antragseingänge in den Jahren 2009 bis 2019



THEMEN

Die Themen **Beitragserhöhung**, **medizinische Notwendigkeit der Behandlungsmaßnahme** und **Gebührenstreitigkeiten** waren im Berichtsjahr 2019 vorrangig Gegenstand der Schlichtungsanträge. Damit gab es im Berichtsjahr keine „Überraschungen“ bei der thematischen Ausrichtung des Antragsaufkommens.

Von den an den Ombudsmann herangetragenen verschiedensten Einzelfallkonstellationen aus dem Bereich der privaten Kranken- und Pflegeversicherung war in diesem Jahr auffällig, dass Versicherte von Beitragsanpassungen in der privaten Pflegepflicht- bzw. Pflegezusatzversicherung betroffen waren und sich individuelle Schlichtungsanträge im Bereich der Kostenerstattung für Hilfsmittel merklich oft auf Hörgeräte bezogen.

Beitragserhöhung in der Privaten Pflegeversicherung

Für einzelne Versicherte erhöhte sich der Beitrag in der Privaten Pflegepflichtversicherung zum 01.01.2019 und erneut zum 01.01.2020. Auch in den Pflegezusatzversicherungen kam es im Berichtsjahr zu Beitragsanpassungen.

Warum steigen Beiträge in der Privaten Pflegepflichtversicherung?

Beitragsanpassungen sind unvermeidlich, wenn tatsächlich höhere Leistungen als kalkuliert anfallen. Dementsprechend werden anhand einer Statistik der Pflegepflichtversicherung jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen.

Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als fünf Prozent, müssen dem Gesetz entsprechend die Beiträge angepasst werden.

Erforderlich waren die Anpassungen der Pflegepflichtversicherung aufgrund der vom Gesetzgeber verabschiedeten Pflegestärkungsgesetze, mit denen die „größte Pflegereform aller Zeiten“ eingeleitet wurde. Insbesondere durch das erste und zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG I und II) wurde der Leistungsumfang in der Pflegeversicherung erweitert. So wurden ein neues Begutachtungsverfahren und ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Darüber hinaus erhalten an Demenz Erkrankte nunmehr die gleichen Leistungen wie dauerhaft körperlich Erkrankte.

Um die gesetzlich beschlossenen Mehrleistungen der Pflegeversicherung zu finanzieren, mussten die Beiträge für gesetzlich Versicherte wie für Privatversicherte gleichermaßen angepasst werden. Bei nahezu gleichen Leistungsstandards der Sozialen und Privaten Pflegepflichtversicherung fallen die Beitragserhöhungen dennoch unterschiedlich aus.

Dies liegt daran, dass sich die Beiträge in der Privaten Pflegepflichtversicherung, im Gegensatz zur Sozialen Pflegeversicherung, nicht nach dem Einkommen der Versicherten richten, sondern durch eine risikogerechte Kalkulation individuell ermittelt werden. Neben dem gesetzlich vorgegebenen Leistungsumfang finden dabei das Lebensalter und der Gesundheitszustand des Versicherten bei Vertragsbeginn Berücksichtigung. Alterungsrückstellungen sorgen für das mit dem Alter steigende Pflegerisiko vor.

Anders als einzelne Antragsteller meinen und sich dabei auf Informationen aus den Medien berufen, fallen Beitragssteigerungen in der Privaten Pflegepflichtversicherung nicht grundsätzlich höher als in der Sozialen Pflegeversicherung aus. Denn zu berücksichtigen ist, dass eine Erhöhung der Beiträge in der Sozialen Pflegeversicherung um 0,5 Prozent nicht bedeutet, dass sich die Beiträge um diesen Prozentsatz erhöhen, sondern dieser Prozentsatz vom Bruttoeinkommen abzuführen ist. Hier kann es zu einem Missverständnis kommen, da oft von Prozentsätzen die Rede ist und leicht übersehen werden kann, worauf sich diese tatsächlich beziehen.

Zum 01.01.2019 stieg der Beitragssatz in der Sozialen Pflegeversicherung von 2,55 % auf 3,05 %. Gleichzeitig wurden die Höchstbeträge auf 138,- Euro und 149,- Euro für Kinderlose angepasst. Ausgehend von einem Bruttogehalt von 3.000,- Euro lag der Beitrag im Jahr 2018 danach bei 76,50 Euro (2,55 %) und im Jahr 2019 bei 91,50 Euro (3,05 %).

Die Erhöhung um 15,- Euro bedeutet in diesem Beispiel eine Beitragssteigerung von ca. 20 % und nimmt damit eine ähnliche Entwicklung wie die Beiträge in der Privaten Pflegepflichtversicherung.

Zudem gelten die Höchstbeträge der Sozialen Pflegeversicherung auch in der Privaten Pflegepflichtversicherung, sodass kein Versicherter, der mindestens fünf Jahre privat pflegepflichtversichert ist, mehr zahlt.

Die Versicherten wandten sich an den Ombudsmann, wenn sie die Beitragsanpassung, insbesondere in dieser Höhe, nicht nachvollziehen konnten. Einzelne Versicherte trugen vor, erneut betroffen zu sein und äußerten ihre Sorge, wie sich der Beitrag wohl weiter entwickeln wird. Zudem geht es in den Schlichtungsanträgen meist um die Frage nach der Wirksamkeit und den Hintergründen für eine Beitragsanpassung.

Hier kann der Ombudsmann insbesondere Aufklärungsarbeit leisten und die Notwendigkeit von Beitragsanpassungen erläutern. In den Fällen der privaten Pflegezusatzversicherung werden im Schlichtungsverfahren zudem Tarifwechselvarianten sowie vertragliche Anpassungen mit dem Ziel einer Beitragsreduzierung erörtert.

Medizinische Notwendigkeit zur Versorgung mit Hilfsmitteln

Fortschritt und technische Weiterentwicklung sind ein wichtiger und integrativer Bestandteil der Privaten Krankenversicherung. **Neue, moderne Behandlungsmethoden** kommen den Versicherten langfristig zugute.

Aber innovative Techniken haben auch ihren Preis. Eine ungeprüfte Inanspruchnahme durch einzelne Versicherte müsste deshalb zwangsläufig Beitragsanpassungen für alle nach sich ziehen.

Im Einzelfall kann es daher auf die Fragen ankommen, welche fortschrittsbedingt höheren Kosten sind vom privaten Krankenversicherer zu tragen und in welchen Fällen kommt es dagegen zu einer Eigenbeteiligung der Versicherten?

Entscheidender Faktor ist, ob eine medizinisch notwendige Heilbehandlung vorliegt. Denn nur für derartige Behandlungen besteht ein Leistungsanspruch nach dem Versicherungsvertrag, es handelt sich insoweit um eine allgemeine Leistungsvoraussetzung. Dieser Maßstab der medizinisch notwendigen Heilbehandlung bezieht sich aber nicht nur auf konkrete ärztliche Behandlungen, sondern etwa auch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln.

Moderne Hörsysteme bestechen durch eine kleine Bauweise und ein dezentes Design. Neben einer sehr guten Tonqualität bieten hochwertige Modelle allein dem Komfort dienende Funktionen, wie beispielsweise die Übertragung von Telefongesprächen oder Musik in die Hörgeräte. Solche Ausstattungsmerkmale dienen aber nicht der Wiederherstellung des Hörvermögens und sind damit nicht medizinisch notwendig zur Behandlung der Schwerhörigkeit.

Stehen zugleich preiswertere, den notwendigen medizinischen Anforderungen für den Versicherten entsprechende Hilfsmittel ohne diese zusätzlichen Eigenschaften zur Verfügung, leistet der Versicherer nur in diesem Rahmen und Versicherte müssen für die Zusatzausstattung eine Eigenbeteiligung an dem gewählten Hörsystem aufbringen oder ein anderes Hörsystem wählen.

Versorgung mit Hörgeräten

Gerade die Frage nach der Höhe der Versicherungsleistungen für Hörgeräte wurde von Versicherten im Berichtsjahr häufig an den Ombudsmann herangetragen. Hier kommt es regelmäßig zu einer Diskrepanz zwischen der auf dem Markt angebotenen Vielfalt an Hörgeräten, die sich durch eine **Luxusausstattung** oder eine **besonders hochwertige Technik** auszeichnen, und dem Erstattungsanspruch gegenüber dem privaten Krankenversicherer.

Im Einzelfall regt der Ombudsmann eine nochmalige Prüfung, ggf. unter Hinzuziehung eines Sachverständigen, an und prüft die Möglichkeiten für eine gütliche Einigung im Schlichtungsverfahren.

Für künftige Fälle wird empfohlen, vor dem Bezug von Hörgeräten einen Kostenvorschlag beim privaten Krankenversicherer einzureichen, um im Vorfeld Klarheit über die Höhe der Versicherungsleistungen zu erreichen.

Dauerbrenner Gebührenstreit

Wie in den vergangenen Jahresberichten wiederholt erwähnt, sei hier nochmals auf das Ärgernis der Vielzahl von Gebührenstreitigkeiten hingewiesen, die an den Ombudsmann herangetragen werden.

Ärgernis Gebührenstreitigkeiten

Das Verhältnis zwischen dem Versicherten und seinem Versicherer wird belastet, weil Leistungserbringer (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, Heilpraktiker, Physiotherapeut usw.) Forderungen für berechtigt halten, die der Versicherer als unbegründet oder überzogen ablehnt. Zusätzlich haben sich Dienstleister etabliert, die auf Basis der veralteten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) eine „Rechnungsoptimierung“ für die Leistungserbringer anbieten, was wiederum eine höhere Rechnungskontrolle seitens der Versicherer erfordert.

Die Leistungspflicht des privaten Krankenversicherers setzt einen entsprechenden wirksamen und fälligen Vergütungsanspruch des behandelnden Arztes oder des Krankenhauses voraus. Daran fehlt es, wenn die Rechnung gegen gebührenrechtliche Bestimmungen verstößt. Aus diesem Grund prüft der Versicherer eingehende Rechnungen. Letztlich liegt dies auch im Interesse der Versichertengemeinschaft. Denn würden sämtliche Rechnungen, die nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprechen, erstattet, hätten die Versicherten dies letztlich durch Beitragserhöhungen zu tragen.

Im Berichtsjahr stellten Versicherte beispielsweise Anträge, in denen es um die Frage ging, wie die **intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT)** angemessen zu honorieren ist. Diese Bestrahlungsbehandlung ist in der aktuell gültigen Fassung der GOÄ nicht aufgeführt. Die Ansichten, welche Gebührensatzern einen vergleichbaren Leistungsinhalt beschreiben und analog herangezogen werden können, gehen zum Teil weit auseinander. Vielen Versicherten blieb aufgrund der Uneinigkeit eine hohe Eigenbeteiligung.

Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens konnte hier in einigen Fällen eine vollständige Übernahme der offenen Kosten durch den Versicherer nach Abtretung der Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag erreicht werden. Mit Verweis auf die bisher ergangene Rechtsprechung, wenn auch nicht höchstrichterlich, konnte in anderen Fällen zwischen den Versicherten und ihren privaten Krankenversicherern eine **Einigung** dahingehend erzielt werden, dass die Versicherer der Ansicht der Richter folgten und einen weiteren Teil der strittigen Kosten übernommen haben.

Ärztliche Vergütung – Wo geht es hin?

Die Gemeinsame Kommission, bestehend aus Vertretern der Bundesärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Beihilfe erarbeitet Vorschläge zur Weiterentwicklung und Anpassung der GOÄ und spricht dann gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als Verordnungsgeber eine Empfehlung zur Novellierung dieser Verordnung aus.

Auch in diesem Jahr der dringende Appell an alle Beteiligten, die Renovierung der überalterten Gebührenordnung zu einem Abschluss zu bringen. Patienten, Ärzte, Versicherungen, Gerichte und nicht zuletzt der Ombudsmann und seine Mitarbeiter werden es begrüßen!

VERFAHREN

Der Ombudsmann bietet ein Verfahren an, in dem Versicherte einfach, zügig und kostenfrei die Streitigkeit mit ihrem Versicherer beilegen können.

Das Verfahren ist für die Versicherten nach wie vor **leicht zugänglich und kostenfrei**. Anträge können sowohl postalisch als auch elektronisch eingereicht werden. Im Berichtsjahr 2019 hat der Ombudsmann seine Internetseite noch kundenfreundlicher und übersichtlicher gestaltet. Möglich ist nun auch problemlos eine Anwendung vom Smartphone oder Tablet aus.

Im Berichtsjahr 2019 nahm die Bearbeitung der Vorjahresanträge erhebliche Kapazitäten in Anspruch. Grund hierfür war, dass es in den vorhergehenden Jahren zu einem deutlichen und nicht vorhersehbaren **Anstieg der Beschwerdezahlen** kam. So hat sich die Anzahl der Anträge von 2016 zu 2018 um ca. 20 % erhöht.

Zusätzlich zeigt sich bei der Bearbeitung der eingehenden Schlichtungsanträge die Tendenz, dass vermehrt Anfragen zu mehreren Leistungsabrechnungen oder zu vertraglichen Angelegenheiten zusammengefasst in einem Antrag an den Ombudsmann gerichtet wurden. Dies führte zu einer längeren Bearbeitungsdauer der einzelnen Anträge. Hieran wird aber deutlich, dass die Tätigkeit des Ombudsmanns zunehmend auch als **Prüfinstanz** wahrgenommen wird.

Neben konkreten Schlichtungsanträgen erreichten den Ombudsmann viele **allgemeine Anfragen** zum Umfang und der Ausgestaltung der privaten Krankenversicherung. Viele Versicherte möchten sich durch eine Anfrage beim Ombudsmann vergewissern, ob alles „mit rechten Dingen“ zugeht. Aufgabe des Ombudsmanns ist allerdings die Streitschlichtung bzw. die **Vermittlung zwischen den Parteien**, er erteilt keinen Rechtsrat oder allgemeine Auskünfte zur privaten Krankenversicherung.

Fachlicher Austausch

Der Ombudsmann steht im ständigen fachlichen Austausch mit dem Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV), der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin) sowie anderen Schlichtungsstellen.

Keine strukturellen Hindernisse zur Beilegung von Streitigkeiten

Dem Ombudsmann sind im Berichtszeitraum keine Hinweise auf etwaige strukturelle Hindernisse für die Beilegung von Streitigkeiten bekannt geworden.

Grenzüberschreitende Schlichtung

Im Berichtsjahr wurde dem Ombudsmann über die, auf der Grundlage der Verordnung über Online-Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten (ODR-VO) vom 21.05.2013, eingerichtete OS-Plattform kein Schlichtungsantrag übermittelt.

FIN-NET

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist Mitglied des FIN-NET. Dieses Netzwerk nationaler Schlichtungsstellen gibt es seit dem Jahr 2001 auf Initiative der Europäischen Kommission.

Das FIN-NET wurde geschaffen, um Finanzstreitigkeiten in den Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums – das sind die Länder der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen – ohne Einschaltung eines Gerichts beizulegen.

Wollen Verbraucher einen grenzüberschreitenden Streitfall mit einem Finanzdienstleister (Banken, Versicherungen, Wertpapiergesellschaften) klären, erhalten sie mit dem FIN-NET Zugang zu außergerichtlichen Schlichtungsverfahren.

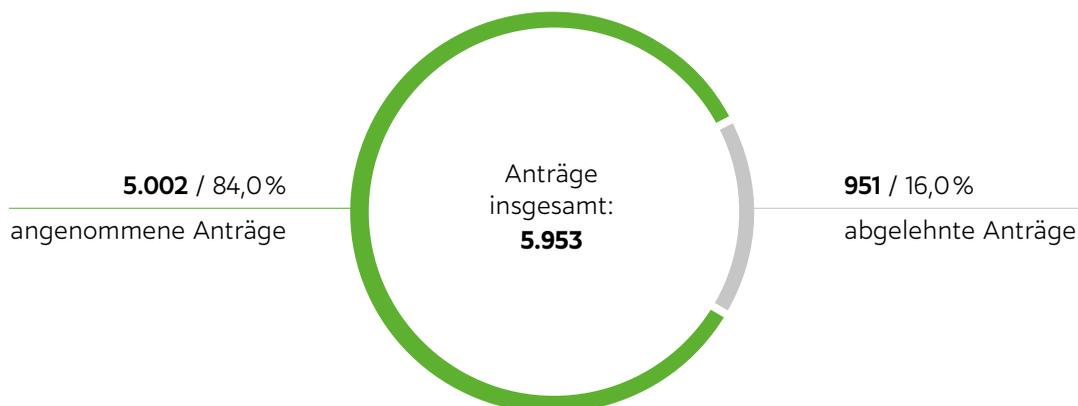
II. Statistik



Anträge
Beschwerdethemen
Einigungsquote

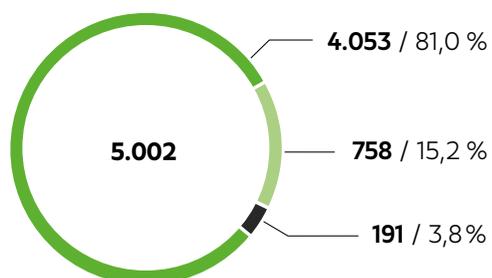
SCHLICHTUNGSANTRÄGE

Anzahl der eingegangenen Anträge 2019



Verteilung der angenommenen Anträge nach der Art des Versicherungsvertrages

- Krankheitskostenvollversicherung
- Zusatzversicherung
- Pflegepflichtversicherung



Verteilung der abgelehnten Anträge nach Ablehnungsgrund

- die Streitigkeit fällt nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns
- der streitige Anspruch ist nicht zuvor gegenüber dem Antragsgegner geltend gemacht worden
- der Streitwert unterschreitet eine bestimmte Höhe
- der Streitgegenstand ist bereits gerichtlich geltend gemacht
- die Angelegenheit war/ist bereits Gegenstand eines Verfahrens bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle

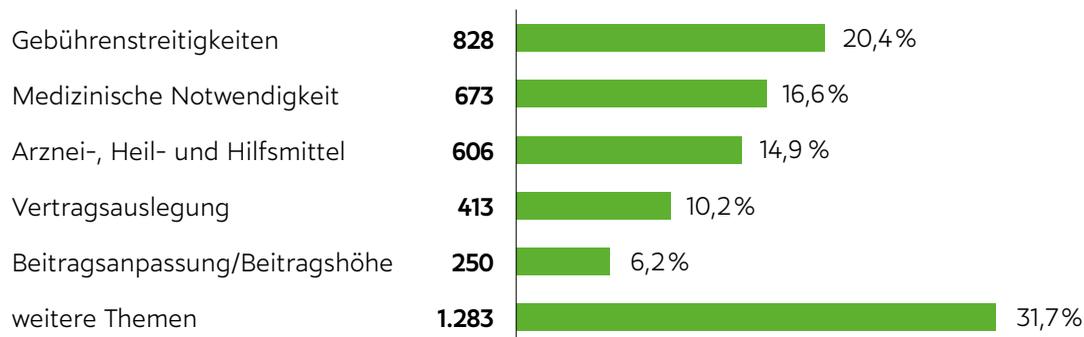


THEMEN

Krankheitskostenvollversicherung

Verteilung der Anträge nach Themen

Anzahl der Anträge insgesamt: **4.053** (81,0%)



Im Berichtszeitraum nahmen die **Gebührenstreitigkeiten**, also Fragen zur korrekten Abrechnung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen, den Spitzenplatz ein.

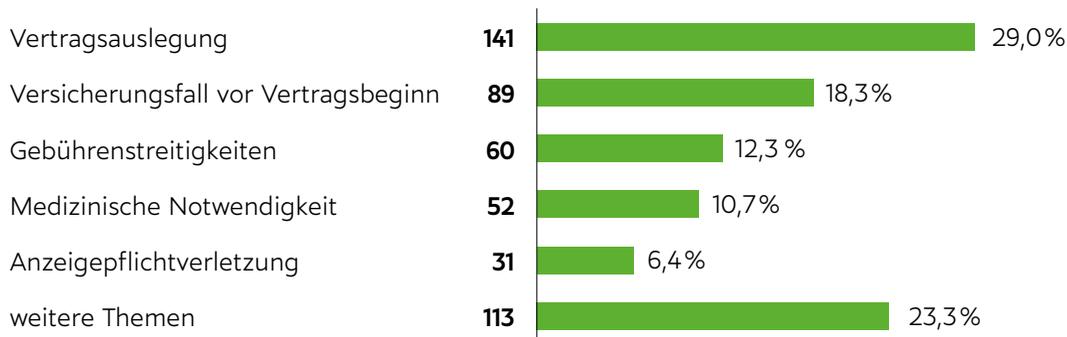
Unverändert haben sich die Versicherten im Jahr 2019 sehr häufig mit Fragen hinsichtlich der **medizinischen Notwendigkeit** einzelner Behandlungsmaßnahmen an den Ombudsmann gewandt. Darunter fallen alle Anträge, die sich auf die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlungen und Krankenhausaufenthalten beziehen. Gleichbleibend hoch waren auch die Anträge im Hinblick auf die Kostenerstattung von Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln.

Unter den übrigen Themen sind beispielsweise solche Anträge erfasst, welche die Themen Anzeigepflichtverletzung, Risikozuschlag/Leistungsausschluss sowie Tarifwechsel betrafen.

Zusatzversicherungen

Verteilung der Anträge nach Themen

Anzahl der Anträge insgesamt: **758** (15,2%)



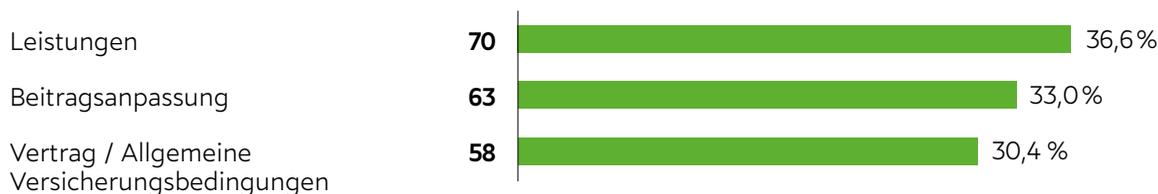
Die im Bereich der Zusatzversicherungen an den Ombudsmann gerichteten Schlichtungsanträge betreffen hauptsächlich die **Auslegung der Vertragsbedingungen**. Da die Leistungen der Versicherer in diesem Bereich häufig im Zusammenhang mit Vorleistungen anderer Kostenträger stehen, sind die einzelnen Versicherungsbedingungen teilweise sehr komplex. Dem geschuldet kommt es – wie bei der Krankheitskostenvollversicherung – zwischen den Versicherten und den Unternehmen häufig zu Uneinigkeiten darüber, ob und in welchem Umfang der Versicherer Leistungen zu erbringen hat.

Gegenstand der Anträge darüber hinaus bspw. die Themen Vertragsbeendigung durch den Versicherten, Vertragsbearbeitung sowie die Beitragshöhe.

Pflegepflichtversicherung

Verteilung der Anträge nach Themen

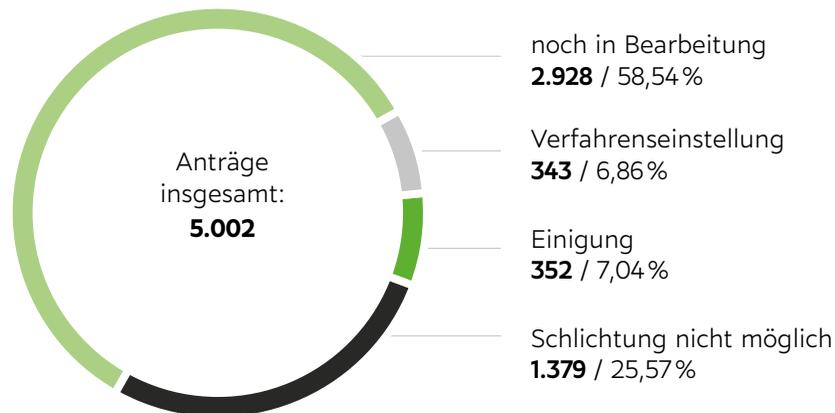
Anzahl der Anträge insgesamt: **191** (3,8%)



Im Bereich der Pflegepflichtversicherung haben 2019 ebenfalls Beitragsanpassungen stattgefunden. Insgesamt betrachtet betrifft nur eine geringe Anzahl der Anträge die Pflegepflichtversicherung.

ERGEBNISSE IM SCHLICHTUNGSVERFAHREN

Ergebnisse der zulässigen Anträge 2019



Hinsichtlich der im Jahr 2019 eingereichten und zur Bearbeitung angenommenen Schlichtungsanträge konnte zum Stichtag des Berichts in 352 Fällen eine Einigung erzielt werden, in 1.379 Fällen war dies nicht der Fall. Zudem wurden 343 Verfahren auf Wunsch der Antragsteller eingestellt.

Neben der Bearbeitung neuer Schlichtungsanträge befasste sich der Ombudsmann auch im Jahr 2019 mit dem Abschluss der noch offenen Verfahren aus dem Vorjahr. Insgesamt konnten 6.182 Schlichtungsverfahren beendet werden.

Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug hierbei im aktuellen Berichtsjahr 23 Wochen nach Eingang der vollständigen Beschwerdeakte.

III. Der Ombudsmann



neutral
unabhängig
risikofrei

OMBUDSMANN

Was ist ein Ombudsmann und wo hat er seinen Ursprung?

Die Institution eines Ombudsmanns stammt aus Skandinavien. Karl der XII. von Schweden soll das System des *Mohtasibs* im Osmanischen Reich kennengelernt haben, eine Einrichtung, die auf Beschwerden der Bürger Missständen in der Verwaltung nachzugehen hatte. Er führte nach seiner Rückkehr nach Schweden im Jahr 1718 das vergleichbare System des sogenannten Justizkanzlers in seinem Land ein. Im Jahr 1809 wurde diesem der Ombudsmann (Ombud = altnordisch Vollmacht) zur Seite gestellt. Noch heute beschränkt sich die Tätigkeit des Ombudsmanns in Schweden auf die Prüfung von Beschwerden der Bürger über die öffentliche Verwaltung.

In Deutschland wurde das schwedische System nur für Teilbereiche der öffentlichen Verwaltung übernommen (vgl. z.B. den mit Gesetz vom 19. März 1956 eingeführten Wehrbeauftragten).

Dafür hat die Übernahme des schwedischen Beschwerde- und Schlichtungssystems auf dem privaten Sektor seit Ende des 20. / Beginn des 21. Jahrhunderts in Deutschland erheblich zugenommen. Das gilt vor allem für den Sektor der Finanzdienstleistungen, insbesondere Kreditinstitute und Versicherungen.

Hier haben die zuständigen Verbände Ombudsmannstellen eingerichtet, die als Alternative zu zeitraubenden und kostenintensiven Gerichtsverfahren eine effektive, schnelle und unbürokratische Erledigung von Streitfällen durch eine unabhängige Stelle anbieten. Die Versicherungsombudsstellen, so auch der Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, haben ihre Arbeit am 1. Oktober 2001 aufgenommen.

Wer ist derzeit Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung?

Seit dem 01. Januar 2014 übt Heinz Lanfermann das Amt des Ombudsmanns aus.

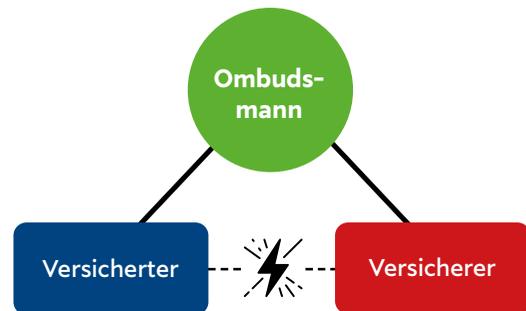
Er war in den Jahren von 1996 bis 1998 beamteter Staatssekretär des Bundesministeriums der Justiz. Im Rahmen seiner langjährigen Tätigkeit als Abgeordneter des Deutschen Bundestages und des nordrhein-westfälischen Landtags war er mit den Fragen des Gesundheitswesens befasst. Bereits während seiner vorherigen beruflichen Zeit als Richter hat er sich mit dem Medizinrecht beschäftigt.

ORGANISATION UND VERFAHRENSABLAUF

Welche Aufgabe hat der Ombudsmann und wie ist er organisiert?

Der Ombudsmann hat die Aufgabe, im Fall von Beschwerden zwischen Versicherer und Versicherten als Schlichter zu vermitteln und möglichst eine Versöhnung der Parteien herbeizuführen. Dies gilt auch im Verhältnis zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherten. Der Ombudsmann ist in seiner Ausübung **unabhängig** und an Weisungen nicht gebunden.

Voraussetzung für eine Berufung zum Ombudsmann ist die **Befähigung zum Richteramt** oder die Zertifizierung als **Mediator**. Zudem muss er über die für die Führung des Amtes erforderliche Befähigung und über Erfahrungen sowie allgemeine Rechtskenntnisse im Bereich der Privaten Krankenversicherung und im Gesundheitswesen verfügen.



Die Amtszeit des Ombudsmanns beträgt drei Jahre; eine bis zu zweimalige erneute Berufung ist möglich.

Sitz des Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist Berlin. Bei seiner Schlichtungsarbeit wird er derzeit von zehn Volljuristen und sechs Sachbearbeitern unterstützt.

Verfahrensgarantien



1. Unparteilichkeit

Die Ausübung der Ombudsmann Tätigkeit erfolgt unabhängig; der Ombudsmann ist an keine Weisungen gebunden und in seiner Beurteilung 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 Erbrin-

gung von Leistungen im Gesundheitswesen zum Gegenstand hat, tätig gewesen sein. Auch vor diesem Hintergrund ist die Neutralität des Ombudsmanns gewährleistet.

3. Verjährungshemmung

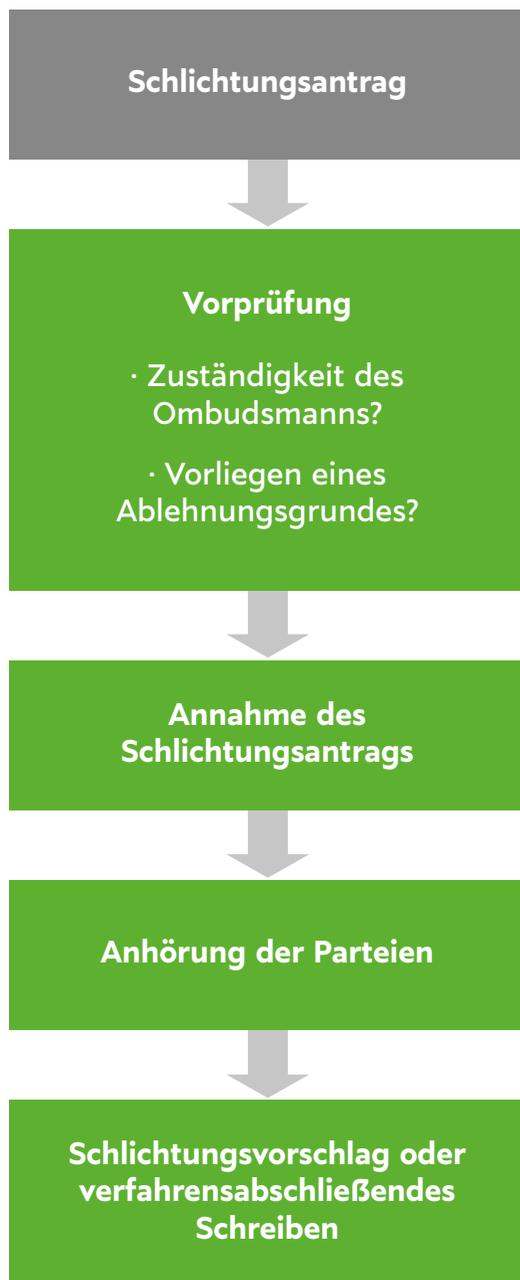
Die Verjährung eines Anspruchs wird im Rahmen des Schlichtungsverfahrens gehemmt. Es gelten die gesetzlichen Regelungen nach § 204 Abs. 1 Nr. 4 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

4. Prüfungskompetenz

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

Wie läuft das Schlichtungsverfahren ab?

Das Ombudsmannverfahren ähnelt im Ablauf einem gerichtlichen Verfahren. Im Einzelnen ist dieser im Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung geregelt.



Zunächst bedarf es eines an den Ombudsmann gerichteten **Schlichtungsantrags**. Der Antrag ist grundsätzlich schriftlich und in deutscher Sprache einzureichen. Neben der postalischen Einsendung besteht auch die Möglichkeit, den Antrag per Fax oder online auf der Internetseite des Ombudsmanns zu stellen.

Der Antragsteller hat in seinem Antrag den Sachverhalt und sein Schlichtungsziel darzulegen. Dem Antrag sollten streitentscheidende Dokumente in Kopie beigelegt sein.

Bei Eingang des Schlichtungsantrags wird geprüft, ob dieser Schlichtungsantrag zur Bearbeitung angenommen wird. Ein Antrag wird u.a. abgelehnt, wenn dessen Beschwerdegegenstand sich nicht auf eine Private Kranken- oder Pflegeversicherung bezieht oder bereits ein Gerichtsverfahren anhängig ist.

Ist der Ombudsmann zuständig und liegt kein Ablehnungsgrund vor, werden im nächsten Verfahrensschritt die Parteien angehört. Hierzu wird der Antrag an den Antragsgegner mit der Bitte um eine Stellungnahme übersandt. Sobald die Stellungnahme eingeht, wird diese an den Antragsteller weitergeleitet, der die Möglichkeit hat, sich hierzu zu äußern. Beiden Parteien wird so im Rahmen des Schlichtungsverfahrens rechtliches Gehör gewährt.

Hatten beide Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme, wird in der Regel von der Vollständigkeit der Beschwerdeakte ausgegangen. Hierüber werden die Parteien informiert.

Unter Berücksichtigung der vorgetragenen Argumente, der einschlägigen Versicherungs- und Tarifbedingungen sowie der geltenden Rechtslage wird der Antrag in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht durch fachlich spezialisierte Volljuristen geprüft. Abschließend unterbreitet der Ombudsmann den Parteien einen **Schlichtungsvorschlag**. Hält er den Antrag für unbegründet, teilt er dies den Parteien hingegen mit einem **verfahrensabschließenden Schreiben** mit.

Welche Versicherungsunternehmen nehmen teil?

Am Ombudsmannverfahren nehmen die **Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung e.V.** teil. Die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes repräsentieren in der Sparte „Private Krankenversicherung“ einen Marktanteil von 99,99 % mit über 8 Mio. Verträgen in der Krankheitskostenvollversicherung und sogar über 9 Mio. Verträgen in der Privaten Pflegepflichtversicherung.

Zusätzlich bestehen über 26 Millionen Verträge für Zusatzversicherungen, die ebenfalls in die Zuständigkeit des Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung fallen.

Welche Vorteile bietet das Ombudsmannverfahren?

Das Verfahren vor dem unabhängigen Ombudsmann bietet den Beteiligten erhebliche Vorteile und bedeutet insbesondere für den Versicherten eine kostenfreie, kompetente und in Härtefällen gegebenenfalls auch sehr kurzfristige Hilfe.

So ist die kostenauslösende Beauftragung eines Rechtsanwaltes für die Durchführung des Ombudsmannverfahrens nicht erforderlich. Ebenso ist das Ombudsmannverfahren an sich **kostenfrei** und es fallen im Gegensatz zu einem Gerichtsverfahren keine Gebühren an. Lediglich diejenigen Ausgaben, die den Parteien im Zusammenhang mit dem Verfahren entstehen, wie etwa Portokosten oder die eines freiwillig eingeschalteten Rechtsbeistandes, müssen sie selbst tragen.

Im Rahmen des Ombudsmannverfahrens werden einzelne Regulierungsentscheidungen des Krankenversicherers unter Berücksichtigung des Versicherungsvertrages, gesetzlicher Vorschriften und der dazu ergangenen Rechtsprechung durch fachlich spezialisierte Volljuristen geprüft. Somit erhält der Versicherungsnehmer eine **kompetente** Einschätzung, ob und inwieweit ihm gegen den Versicherer Kostenerstattungsansprüche zustehen bzw. ob die Vorgehensweise des Versicherers zu beanstanden ist.

Vorteile des Schlichtungsverfahrens auf einen Blick

1. kostenfrei
2. kompetent
3. risikofrei
4. verjährungshemmend
5. unabhängig
6. vertraulich

Diese rechtliche Einschätzung ist für den Versicherten zudem **risikofrei**, da er seine etwaig gegen den Versicherer bestehenden Ansprüche behält. Einerseits ist deren **Verjährung** durch das Ombudsmannverfahren **gehemmt**. Andererseits steht es dem Versicherten frei, diese, insbesondere im Falle eines für ihn ungünstigen Ausgangs des Schlichtungsverfahrens, weitergehend in einem Gerichtsverfahren geltend zu machen.

Des Weiteren ist der Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung **unabhängig**. Ausweis hierfür ist seine staatliche Anerkennung als private Verbraucherschlichtungsstelle.

Einhergehend mit der Anerkennung als Verbraucherstreitschlichtungsstelle sind der Ombudsmann und seine Mitarbeiter gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Daher kann sich der Antragsteller sicher sein, dass mit seinen personenbezogenen Daten, insbesondere seinen Gesundheitsdaten, bei der Durchführung des Ombudsmannverfahrens **vertraulich** umgegangen wird.

Schließlich bietet das Schlichtungsverfahren auch die Möglichkeit, ein durch die vorliegende Meinungsverschiedenheit beeinträchtigtes Vertrauensverhältnis wieder zu stärken. Insbesondere im Hinblick darauf, dass das Versicherungsverhältnis oftmals ein Leben lang besteht, ist dies ein nicht zu vernachlässigender Faktor.

IV. Beispiele aus der Schlichtungstätigkeit



Zahnersatz
Krankenhaus
Physiotherapie
Hilfsmittel

THEMENSCHWERPUNKTE

Medizinische Notwendigkeit

„Mein Arzt sagt, ich benötige die Behandlung. Weshalb zahlt mein Versicherer die Kosten nicht? Besteht überhaupt das Recht, die Entscheidung meines behandelnden Arztes infrage zu stellen?“

Diese und ähnliche Fragen werden dem Ombudsmann vor allem in Schlichtungsverfahren, welche die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung betreffen, gestellt.

Das Vorliegen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ist beispielsweise Voraussetzung für die Erstattung von Kosten für

- ambulante, stationäre sowie zahnärztliche Behandlungen,
- Heilmittel wie Physio- oder Ergotherapie,
- Hilfsmittel oder auch
- alternativmedizinische Maßnahmen.

Zum Streit kommt es in diesen Fällen in der Regel, weil der behandelnde Arzt und der Krankenversicherer die Frage der medizinischen Notwendigkeit unterschiedlich beurteilen.

„Mein Arzt hat mir die Behandlung empfohlen. Damit wurde doch bereits festgestellt, dass sie medizinisch notwendig ist.“

Was vielen Versicherten nicht bewusst ist: Der Versicherer ist dazu berechtigt, das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen selbst zu überprüfen. An die individuelle Einschätzung des behandelnden Arztes und des Versicherten ist er ebenso wenig gebunden, wie an eine – im Zweifel anders ausfallende – Entscheidung der Beihilfestelle.

Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens erfolgt eine Prüfung unter rechtlichen Gesichtspunkten. Den Schwerpunkt der Tätigkeit bildet bei medizi-

nischen Sachverhalten eine Plausibilitätsprüfung der Entscheidung des Versicherers im konkreten Einzelfall. Im Schlichtungsverfahren ist die Einholung eines Sachverständigengutachtens nicht möglich. Je nach Sachlage setzt sich der Ombudsmann aber für eine nochmalige Überprüfung oder Beauftragung eines medizinischen Sachverständigen durch den Versicherer ein.

Zur Veranschaulichung sollen nachfolgend beispielhaft mögliche Fragestellungen aufgezeigt werden:

Ambulante Behandlungen

Der Antragsteller litt unter einem Fersensporn. Der ihn behandelnde Arzt riet ihm zur Durchführung einer Stoßwellentherapie, einer Therapieform, die ursprünglich in der Urologie zur Entfernung von Nierensteinen entwickelt worden war, seit mehreren Jahren jedoch auch bei orthopädischen Krankheitsbildern angewandt wird. Trotz Einreichung eines Befundverlaufsberichts lehnte der Krankenversicherer die Kostenübernahme ab. Der Antragsteller berief sich auf die Empfehlung seines Arztes.

Nach gefestigter Rechtsprechung ist eine Heilbehandlung dann medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen.

Der behandelnde Arzt sah die **Stoßwellentherapie** zur Behandlung des Fersensorns als medizinisch notwendig an. Der Krankenversicherer vertrat hingegen die Auffassung, dass die ambulanten fach-



ärztlichen und physiotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft worden seien. Er hatte hierzu einen orthopädischen Berater befragt. Dieser führte aus, dass die körperliche Aktivität über einen Mindestzeitraum von sechs Monaten eingeschränkt gewesen sein muss und die konservativen Therapieansätze während dieser Zeit ohne relevante Beschwerdeverbesserungen ausgeschöpft worden sein müssen.

Unter Berücksichtigung der vorgelegten medizinischen Unterlagen konnte der Ombudsmann die Entscheidung des Versicherers nachvollziehen. Es gab keine Zweifel an der fachlichen Qualifikation des hinzugezogenen fachärztlichen Beraters. Nach Prüfung des Ombudsmanns hatte dieser zudem alle objektiven medizinischen Aspekte einbezogen und hinreichend gewürdigt.

Der Versicherte hatte auch im Ombudsmannverfahren nicht darlegen können, dass die konservativen Behandlungsmethoden ausgeschöpft wurden. Die medizinische Notwendigkeit der Stoßwellentherapie war daher nicht nachgewiesen. Im Ergebnis konnte sich der Ombudsmann nicht für eine Kostenübernahme aussprechen. Um die Zweifel des Versicherten auszuräumen, erläuterte er ihm die Hintergründe der Vorgehensweise des Versicherers ausführlich.

Stationäre Aufenthalte

Der Antragsteller beantragte die Kostenübernahme für die Zeit seines stationären Aufenthalts, welche der Versicherer für den Tag vor der Operation, der zur Durchführung präoperativer Maßnahmen vorgesehen war, ablehnte. Nach Durchführung der stationären Krankenhausbehandlung reichte der Antragsteller die Rechnung zur Erstattung bei seinem Versicherer ein. Der Versicherer blieb jedoch bei der von ihm vertretenen Auffassung, dass die stationäre Aufnahme einen Tag vor der Operation nicht medizinisch notwendig war.

Auch im Falle einer Krankenhausbehandlung gilt: Eine Erstattung der Behandlungskosten kann nur dann erfolgen, wenn die Behandlung unter stationären Bedingungen medizinisch notwendig war.

Nach ständiger Rechtsprechung kommt es hierfür entscheidend darauf an, dass der angestrebte Erfolg nicht mit einer ambulanten Maßnahme erreicht werden kann, da es **stationärer Behandlungsformen**, beispielsweise einer ständigen Überwachung/Kontrolle durch Krankenhausärzte bedarf.

Im dargestellten Fall veranlasste die Klinik die stationäre Aufnahme des Antragstellers einen Tag vor der Operation, um die **präoperativen Maßnahmen**, wie beispielsweise operationsvorbereitende Untersuchungen, durchführen zu können. Nach Auffassung des Versicherers waren die präoperativen Maßnahmen durchaus ambulant durchführbar gewesen. Hierbei stützte er sich auf das Ergebnis eines von ihm beauftragten externen Gutachtens. Der behandelnde Chefarzt der Klinik führte demgegenüber lediglich pauschal aus, dass bei Eingriffen dieses Ausmaßes stets eine stationäre Aufnahme zur Durchführung der präoperativen Maßnahmen erfolge.

Konkrete medizinische Gründe dafür, dass die stationäre Aufnahme im vorliegenden Einzelfall bereits vor der Operation erforderlich war, wurden nicht benannt. Eine willkürliche Leistungsverweigerung lag damit nicht vor, so dass der Ombudsmann den Antrag nicht im Sinne des Versicherten entscheiden konnte.

Der Ombudsmann regte allerdings an, dass der Versicherer den Sachverhalt nochmals – nunmehr anhand des Entlassungsberichts der Klinik – prüfen sollte. Dies führte leider zu keinem anderen Ergebnis. Auch für eine entgegenkommende Zahlung im Rahmen des Schlichtungsverfahrens sah der Versicherer vorliegend keinen Raum, da er den Ver-

sicherten bereits vor der Krankenhausaufnahme über den Umfang der Kostenerstattung informiert hatte.

Zahnärztliche Behandlungen

Ein Antragsteller reichte bei seinem Krankenversicherer einen Kostenvoranschlag über eine Zahnersatzbehandlung mit acht Implantaten im Unterkiefer ein. Sein Krankenversicherer sagte ihm die Kostenerstattung für lediglich vier Implantate zu und gab zur Begründung an, dass weitere Implantate über das medizinisch notwendige Maß hinausgingen. Der Antragsteller teilte dem Ombudsmann mit, nicht zum Vergnügen zum Zahnarzt zu gehen. Jetzt werde er auf der Hälfte der Kosten sitzen bleiben.

Bei den an den Ombudsmann gerichteten Anträgen dieser Art geht es um die medizinische Notwendigkeit der Versorgung mit Implantaten. Dabei kann es entweder um die Anzahl der gesetzten Implantate oder um das Gesamtkonzept der Kieferversorgung mit Implantaten gehen.

Gelangt der Krankenversicherer zu der Auffassung, dass es an der medizinischen Notwendigkeit fehlt, lehnt er eine vollständige Erstattung der



Rechnung ab oder begrenzt seine Leistungen auf eine geringere Zahl an Implantaten in Kombination mit einer Kronen-/Brückenversorgung.

Eine Versorgung mit Zahnersatz ist dann medizinisch notwendig, wenn sie die Sprech- und Kaufunktion wiederherstellt. Bei der Prüfung orientiert sich der Ombudsmann an den Empfehlungen der Konsensuskonferenz für Implantologie. Dabei handelt es sich um eine Kooperation verschiedener Verbände und wissenschaftlicher Fachgesellschaften im Bereich der Implantologie. Diese hat Indikationsklassen für die Regelfallversorgung für die privat Zahnärztliche Versorgung definiert und Empfehlungen für die Anzahl der einzubringenden Implantate gegeben.

Vom Krankenversicherer erwartet der Ombudsmann, dass er die Indikationsklasse und medizinisch notwendige Anzahl an Implantaten unter Berücksichtigung des individuellen Befundes des Versicherten geprüft und begründet hat.

Die Ausführungen des Versicherers waren für den Ombudsmann im vorgetragenen Fall nur teilweise nachvollziehbar. Anhand des Behandlungsplans ergaben sich medizinische Hinweise darauf, dass eine andere als die vom Versicherer angenommene Indikationsklasse einschlägig und damit auch eine höhere Zahl an Implantaten medizinisch notwendig sein könnte. Der Ombudsmann bat den Versicherer daraufhin um erneute Prüfung, mit dem Ergebnis, dass er dem Antrag insoweit abhelfen konnte, dass die Antragstellerin für ein weiteres Implantat eine Kostenerstattung erhielt.

Darlegungs- und Beweislast

Grundsätzlich gilt auch im Privatversicherungsrecht, dass derjenige, der von seinem Vertragspartner eine Leistung beansprucht, die Voraussetzungen des vermeintlichen Anspruches nachweisen muss. D. h., die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung als zentrale Leistungsvoraussetzung, ist vom Versicherungsnehmer zu beweisen.

Der Ombudsmann empfiehlt den Versicherten vor planbaren zahnärztlichen Behandlungen, insbesondere vor einer Implantatbehandlung, zunächst einen Heil- und Kostenplan bei ihren Krankenversicherern einzureichen, um etwaige Unstimmigkeiten vorab klären und das eigene Kostenrisiko besser abschätzen zu können.

Heilmittel

Die Antragstellerin wurde seitens der behandelnden Ärztin aufgrund einer vorliegenden Rheumaerkrankung Funktionstraining, konkret einmal wöchentliche Wassergymnastik, pauschal für ein Jahr verordnet. Der Krankenversicherer lehnte die Erstattung der Kostenübernahme ab.

Heilmittel sind Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten, die vor allem äußerlich angewendet werden. Hierunter fallen beispielsweise **physio- oder ergotherapeutische Leistungen**.

Üblicherweise wird Patienten eine Verordnung über eine bestimmte Anzahl an einzeln benannten physikalischen Maßnahmen ausgestellt, denn solche haben in der Regel nicht den Zweck einer **Dauertherapie**. Vielmehr soll beispielsweise das Erlernen von krankengymnastischen Übungen den Patienten zur selbständigen Durchführung anleiten. Passive Maßnahmen wie Fangobehandlungen, Massagen und manuelle Therapie sind auf Dauer ebenfalls nicht geeignet, ein überzeugendes Therapiekonzept darzustellen, da sich die Muskulatur an diese gewöhnt und sich der Effekt damit verringert. Aus diesem Grund werden sie im Allgemeinen nur vorübergehend bei akuten Beschwerden oder zum Teil noch unterstützend in gewissen Intervallen angewandt.

Im oben geschilderten Fall konnte der ärztlichen Verordnung entnommen werden, dass die Maßnahme zum Erhalt der Beweglichkeit verordnet wurde. Eine zielgerichtete Behandlung akuter (Schmerz-) Zustände war damit nicht beabsichtigt. Die Behandlung hatte vielmehr einen Präventivcharakter. Somit musste auch der Ombudsmann davon ausgehen, dass es in diesem Einzelfall an der Leistungsvoraussetzung der medizinisch notwendigen Heilbehandlung fehlte.

Hilfsmittel: Hörgeräteversorgung

Einer Antragstellerin wurden aufgrund einer bestehenden Hörminderung von ihrem behandelnden HNO-Arzt Hörgeräte verschrieben. Nach einem Test verschiedener Hörgeräte und der Anpassung beim Hörgeräteakustiker entschied sie sich für Geräte zu einem Preis von insgesamt 5.989,00 Euro. Ihr Krankenversicherer leistete nur in Höhe von 1.500,00 Euro je Seite, d.h. insgesamt 3.000,00 Euro. Zugleich benannte er beispielhaft drei Hörgerätemodelle, die geeignet seien, ein allgemeines Hörverständnis herzustellen und zum Preis von 1.500,00 Euro je Seite erhältlich seien.

Die Antragstellerin wandte ein, sie sei Lehrerin. Sie benötige das von ihr gewählte Hörgerätemodell dringend für ihre Arbeit mit den Kindern in der Schule, da der Geräuschpegel sehr hoch sei. Außerdem sehe ihr Tarif keinerlei Einschränkungen vor.

Bei den an den Ombudsmann gerichteten Anträgen auf Kostenerstattung für Hörgeräte geht es oft um die Frage der medizinischen Notwendigkeit für hochpreisige, mit vielen technischen Funktionen versehene Hörgeräte. Die Erfahrung hat gezeigt, dass den Versicherten vom Hörgeräteakustiker oft ausschließlich **hochpreisige Geräte** angeboten werden, die zwar geeignet sind, die beim Versicherten bestehende Hörminderung auszugleichen, aber eben auch über medizinisch nicht notwendige technische **Zusatzausstattungen** verfügen.

„In meinem Vertrag wird kein Höchstbetrag für Hörgeräte genannt. Also muss der Versicherer die kompletten Kosten erstatten.“

Übermaßbehandlung

Nach der Rechtsprechung (BGH, AZ: IV ZR 419/13) übersteigen die Aufwendungen für ein Hilfsmittel das medizinisch notwendige Maß im Sinne von § 5 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, wenn einerseits das Hilfsmittel zusätzliche, nicht benötigte Funktionen aufweist, und andererseits zugleich preiswertere, den notwendigen medizinischen Anforderungen für den jeweiligen Versicherungsnehmer entsprechende Hilfsmittel ohne diese zusätzlichen Funktionen oder Ausstattungsmerkmale zur Verfügung stehen.

Eine Hörgeräteversorgung ist dann medizinisch notwendig, wenn sie den beim Versicherten bestehenden Hörverlust dahingehend ausgleicht, dass ein durchschnittliches allgemeines Hörverständnis hergestellt wird. Kommt ein Krankenversicherer zu der Auffassung, dass zusätzliche Funktionen nicht medizinisch notwendig sind, erstattet er nur einen Teilbetrag.

Zusätzliche technische Funktionen, die über die Wiederherstellung eines allgemeinen durchschnittlichen Hörverständnisses hinausgehen, weil sie speziellen beruflichen Anforderungen, der Freizeitgestaltung, der Erhöhung des Bedien-/Tragekomforts oder ästhetischen Gesichtspunkten dienen, stehen nicht unter Versicherungsschutz.

Im geschilderten Fall konnte der Ombudsmann den eingereichten Unterlagen entnehmen, dass das gewählte Hörgerätemodell über diverse Sonderfunktionen verfügte. Der Krankenversicherer konnte beispielhaft auf drei alternative Hörgerätemodelle verweisen, die geeignet waren, die bestehende Hörminderung der Antragstellerin auszugleichen und ein durchschnittliches Hörverständnis herzustellen. Er war berechtigt, seine Kostenerstattung auf den Preis eines solchen Geräts zu begrenzen. Einer tariflichen Einschränkung bedurfte es nicht.

Gebührenstreitigkeiten

„Mein Versicherer verweigert die Kostenübernahme aus der Rechnung meines Arztes. Mein Arzt ist aber der Auffassung, dass seine Abrechnung korrekt ist. Ich weiß nicht, wer hier Recht hat und hoffe, dass Sie mir helfen können.“

Wie schon in den vergangenen Jahren betrafen auch im Jahr 2019 viele Schlichtungsverfahren Meinungsverschiedenheiten über die Abrechnung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen. Häufig führten hierbei Auslegungsfragen hinsichtlich der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. für Zahnärzte (GOZ)** zum Streit.

Der Ombudsmann prüft in diesen Fällen, ob die Entscheidung des Versicherers – unter Beachtung der zu dieser Thematik ergangenen Rechtsprechung und geäußerten Meinungen in der Literatur – vertretbar ist. Er regt grundsätzlich an, dass die Versicherer ihre Versicherten aus der Auseinandersetzung mit dem Arzt heraushalten. Dies kann durch eine Zahlung gegen Abtretung bewirkt werden, welche es dem Versicherer ermöglicht, die nach seinem Verständnis zu Unrecht in Rechnung

gestellten Kosten vom Arzt zurückzufordern. Daneben besteht die Möglichkeit, dass die Versicherer Ihren Versicherten im Falle eines gerichtlichen Verfahrens zur Seite stehen und bei einem Unterliegen auch die Kosten des Verfahrens tragen.

Der Antragssteller wurde nacheinander an beiden Augen wegen Grauen Stars mithilfe eines Femtosekundenlasers operiert. Dabei wurde die Linse mit Hilfe des Lasers entfernt und eine künstliche Linse eingesetzt. Der Versicherer hat die Kosten nicht vollständig erstattet und war der Ansicht, dass bei einer Kataraktoperation neben der Gebührensnummer 1375 GOÄ die Gebührensnummer 5855 GOÄ analog für den Einsatz eines Femtosekundenlasers nicht abgerechnet werden kann.



Analogabrechnung ärztlicher Leistungen

Nach § 6 Abs. 2 der GOÄ können selbständige ärztliche Leistungen analog anderer Ziffern der GOÄ abgerechnet werden, wenn sie der dort aufgeführten ärztlichen Leistung nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertig sind. Voraussetzung ist allerdings, dass es sich bei der abgerechneten Leistung um eine selbständige Leistung handelt, die nicht bereits in der GOÄ aufgeführt ist.

Die Kataraktoperation ist bereits in der GOÄ enthalten, denn die Ziffer 1375 sieht ihrem Leistungstext nach die „extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenkernverflüssigung, mit Implantation einer intraokularen Linse“ vor.

Bei der Ausführung der Operation hat der Operateur die Wahl zwischen einer manuell-chirurgischen und femtosekundenlaser-assistierten Vorgehensweise.

Ob es sich bei der Kataraktoperation mittels Femtosekundenlaser um eine besondere Ausführung der in Ziffer 1375 GOÄ aufgeführten ärztlichen Behandlung handelt, ist umstritten. Zwar existiert für diese Auslegungsfrage noch keine höchstrichterliche Klärung, allerdings haben im letzten Jahr mehrere Gerichte die Frage entsprechend entschieden.

Der Ombudsmann hielt die Auffassung des Versicherers daher für vertretbar. Er sprach sich allerdings im Interesse des Versicherten zumindest für eine Nachzahlung des Laserzuschlags nach Ziffer 441 GOÄ aus. Dem stimmte der Versicherer zu, sodass das Verfahren erfreulicherweise mit einem Teilerfolg für den Versicherten abgeschlossen werden konnte.

Leistungen aus der Pflegeversicherung

„Wir sind der Auffassung, dass die Einstufung unseres Vaters in den festgestellten Pflegegrad nicht rechtmäßig ist.“

Den Ombudsmann erreichten auch Schlichtungsanträge in Bezug auf die Pflegezusatz- sowie die Private Pflegepflichtversicherung. Die Leistungen aus der Privaten Pflegepflichtversicherung sind bei allen privaten Versicherern nach den gesetzlichen Vorgaben einheitlich und ergeben sich aus den Musterbedingungen der Pflegepflichtversicherung (AVB/PPV). Sie unterliegen auch Veränderungen durch die Gesetzgebung und sind mit den Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung vergleichbar.

Voraussetzung für Leistungen aus der Pflegeversicherung ist das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit, welche nach Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Privaten Pflegepflichtversicherung, der MEDICPROOF GmbH, festgestellt wird.

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit liegt nach den Musterbedingungen für die Private Pflegeversicherung (AVB/PPV) bei Personen vor, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Voraussetzung ist, dass diese Personen ihre körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.



Ein Teil der Schlichtungsanträge betrifft die Einstufung in einen bestimmten Pflegegrad. Der Ombudsmann überprüft die Entscheidung des Versicherers insbesondere im Hinblick darauf, ob das zugrundeliegende Gutachten unter Berücksichtigung der Ausführungen des Antragstellers schlüssig ist. Entsteht der Eindruck, der medizinische Dienst habe nicht alle Aspekte berücksichtigt oder sind neue Umstände hinzugetreten, wirkt der Ombudsmann auf eine erneute Begutachtung hin.

Oftmals geht es auch um konkrete Leistungsfragen wie die Erstattung von Pflegehilfsmitteln oder Leistungen für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes.

Die Frau des Antragstellers war aufgrund einer Gehirnblutung linksseitig gelähmt und dadurch in ihrer Bewegung eingeschränkt. Der Antragsteller hat beim Versicherer nachgefragt, ob der Umbau des Bades bzw. der Dusche zum Zweck der barrierefreien Nutzung gefördert wird. Der Versicherer teilte nach Begutachtung durch die MEDICPROOF GmbH mit, bis zu 4.000 € für den Einbau einer ebenerdig befahrbaren Dusche mit Duschvorhangsystem zu zahlen. Anstelle dessen wurden jedoch eine Seitenwand mit Pendeltür sowie eine Fußbodenheizung eingebaut, für die der Versicherer eine Leistung ablehnte.

Nach Ziffer 4 Teil III AVB/PPV gewährt der Versicherer finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

Die Zuschüsse dürfen aktuell einen Betrag in Höhe von 4.000,- € nicht übersteigen. Voraussetzung dafür ist, dass die Maßnahme im Pflegegutachten als erforderlich dokumentiert wurde.

Dies war in dem oben geschilderten Schlichtungsverfahren hinsichtlich der dann tatsächlich durchgeführten Maßnahmen nicht der Fall, sodass der Ombudsmann die Entscheidung des Versicherers für korrekt befand. Er erläuterte dem Antragsteller, weshalb kein genereller Erstattungsanspruch für jegliche wohnumfeldverbessernde Maßnahmen besteht. Der Zuschuss beschränkt sich auf Maßnahmen zur „Wahrung elementarer Bedürfnisse des Pflegebedürftigen“. Nicht erfasst sind Maßnahmen, die allein dazu dienen, einen ordnungsgemäßen baulichen Zustand der Wohnung oder einen höheren Wohnstandard zu erreichen, wie etwa Maßnahmen der Modernisierung und Sanierung oder dem Einbau einer Fußbodenheizung.

V. Verfahrensordnung



Statut
Zuständigkeit

§ 6 Antragstellung –
Form, Vertretung, Kosten

Teilnehmer

STATUT

Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

§1 Berufung des Ombudsmanns

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

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

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

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.

TEILNEHMENDE VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN



Allianz Private Krankenversicherungs-AG
www.allianzdeutschland.de



ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
www.alte-oldenburger.de



ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.
www.alte-oldenburger.de



ARAG Krankenversicherungs-AG
www.arag.de



AXA Krankenversicherung AG
www.axa.de



Barmenia Krankenversicherung AG
www.barmenia.de

Barmenia Versicherungen a. G.
www.barmenia.de



Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft
www.vkb.de



Bayerische Beamten Versicherung AG
www.bbv.de



BD24 Berlin Direkt Versicherung AG
www.berlin-direktversicherung.de



Gesundheit bewegt uns.
Central Krankenversicherung AG
www.central.de



Concordia Krankenversicherungs-AG
www.concordia.de



Continentale Krankenversicherung a.G.
www.continentale.de



Debeka Krankenversicherungsverein a. G.
www.debeka.de



DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung
www.dbv.de



DFV Deutsche Familienversicherung AG
www.dfv.ag



DEVK Krankenversicherungs-
Aktiengesellschaft
www.devk.de



DKV Deutsche Krankenversicherung AG
www.dkv.com



Envivas Krankenversicherung AG
www.envivas.de



Europ Assistance Versicherungs-AG
www.europ-assistance.de



EUROPA Versicherung AG
www.europa.de



ERGO Krankenversicherung AG
www.ergodirekt.de



FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE
der Angehörigen der Berufsfeuerwehr
und der Polizei VVaG
www.famk.de



Gothaer Krankenversicherung AG
www.gothaer.de



HALLESCHER Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
www.hallesche.de



HanseMerkur Krankenversicherung AG
www.hansemerkur.de

HanseMerkur Speziale
Krankenversicherung AG
www.hansemerkur.de



HUK-COBURG
Aus Tradition günstig
HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
www.huk-coburg.de



inter
VERSICHERUNGSGRUPPE
INTER Krankenversicherung AG
www.inter.de



Janitos Versicherung AG
www.janitos.de



**Krankenunterstützungskasse der
Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)**
www.kuk-bf-hannover.de



Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
www.lkh.de



**LIGA Krankenversicherung katholischer
Priester VVaG**
www.ligakranken.de



LVM Krankenversicherungs-AG
www.lvm.de



**Mecklenburgische
Krankenversicherungs-AG**
www.mecklenburgische.de



**Münchener Verein
Krankenversicherung a.G.**
www.muenchener-verein.de



NÜRNBERGER
VERSICHERUNG
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
www.nuernberger.de



ottonova Krankenversicherung AG
www.ottonova.de



**Versicherer im Raum der Kirchen
Krankenversicherung AG**
www.vrk.de



**Provinzial Krankenversicherung
Hannover AG**
www.vgh.de



R+V Krankenversicherung AG
www.ruv.de



SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.
www.signal-iduna.de



SONO Krankenversicherung a.G.
www.sonoag.de



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



Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
www.sdk.de



Union Krankenversicherung AG
www.ukv.de



uniVersa Krankenversicherung a.G.
www.universa.de



vigo Krankenversicherung VVaG
www.vigo-krankenversicherung.de



WGV-Versicherung AG
www.wgv.de



**Württembergische
Krankenversicherung AG**
www.wuerttembergische.de



Würzburger Versicherungs-AG
www.wuerzburger.com

Folgende verbundene Einrichtungen
nehmen im Bereich der Privaten
Pflegepflichtversicherung am
Ombudsmannverfahren teil:



**Krankenversorgung der
Bundesbahnbeamten**
www.kvb.bund.de



Postbeamtenkrankenkasse
www.pbeakk.de

IMPRESSUM

Herausgegeben vom

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22

10052 Berlin

Telefon: 08002 55 04 44 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)

Telefax: 030 20 45 89 31

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Tätigkeitsbericht wird gemäß § 12 Abs. 2 des Statuts des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung sowie § 34 Abs. 1 Verbraucherstreitbeilegungsgesetz veröffentlicht.

Stand: 31.01.2020

Bildnachweis

Titel, S. 7, S. 15, S. 21, S. 27, S. 37: Andrey Yalansky/stock.adobe.com

S. 5: Anke Illing

S. 29: pixelfokus/stock.adobe.com

S. 30: frenk/stock.adobe.com

S. 33: BillionPhotos.com/stock.adobe.com

S. 35: Africa Studio/Shutterstock.com

