

Tätigkeitsbericht 2020



OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegerversicherung

Tätigkeitsbericht 2020

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

INHALT

Vorwort.....	5
I. Jahresbericht 2020.....	7
Zahlen	8
Themen	9
Verfahren	11
II. Statistik.....	13
Schlichtungsanträge	14
Themen	15
Ergebnisse im Schlichtungsverfahren.....	18
III. Der Ombudsmann und das Ombudsmannverfahren	19
Ombudsmann	20
Organisation und Verfahrensablauf	21
IV. Beispiele aus der Schlichtungstätigkeit	25
Medizinische Notwendigkeit	26
Gebührenstreitigkeiten.....	29
Krankentagegeld	31
V. Verfahrensordnung	35
Statut.....	36
Teilnehmende Versicherungsunternehmen.....	40
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.“

“



Die Corona-Pandemie hat im Jahr 2020 das Leben für viele Menschen verändert und sie sowohl privat als auch beruflich vor große Herausforderungen gestellt. Dabei hat sich insbesondere gezeigt, wie wichtig Gesundheit und ein gut funktionierendes Gesundheitssystem sind. Aber auch jenseits von Corona sind im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung viele kleinere und größere Probleme geblieben. Für uns als Schlichtungsstelle bestand insoweit in dieser Zeit eine gewisse Konstante. Wir hatten mehr als ausreichend zu tun.

Der Tätigkeitsbericht des Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung soll einen Einblick in unsere Arbeit im Jahr 2020 gewähren und informiert wie gewohnt über viele Zahlen und eine Reihe von Themen.

Gerade in diesem anspruchsvollen Jahr hat sich gezeigt, dass zum einen die weitere Digitalisierung und verstärkte Umstellung auf mobiles Arbeiten unerlässlich waren, zum anderen die notwendige Arbeit im Büro gleichwohl sichergestellt werden musste, um auch herkömmlich per Post für die Versicherten erreichbar zu sein. Hierfür haben wir gemeinsam nach Lösungen gesucht und die Arbeitsprozesse entsprechend umgestellt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schlichtungsstelle haben dabei bewiesen, dass sie ein starkes Team sind und auch unter erschwerten Bedingungen ihre Arbeit gut bewältigen. An dieser Stelle gebührt ihnen ein großes Lob und mein herzlicher Dank.

Berlin, im Januar 2021

A handwritten signature in blue ink, reading "Heinz Lanfermann".

Heinz Lanfermann

I. Jahresbericht 2020



Beitragsanpassungen
Corona-Pandemie
Medizinische
Notwendigkeit

ZAHLEN

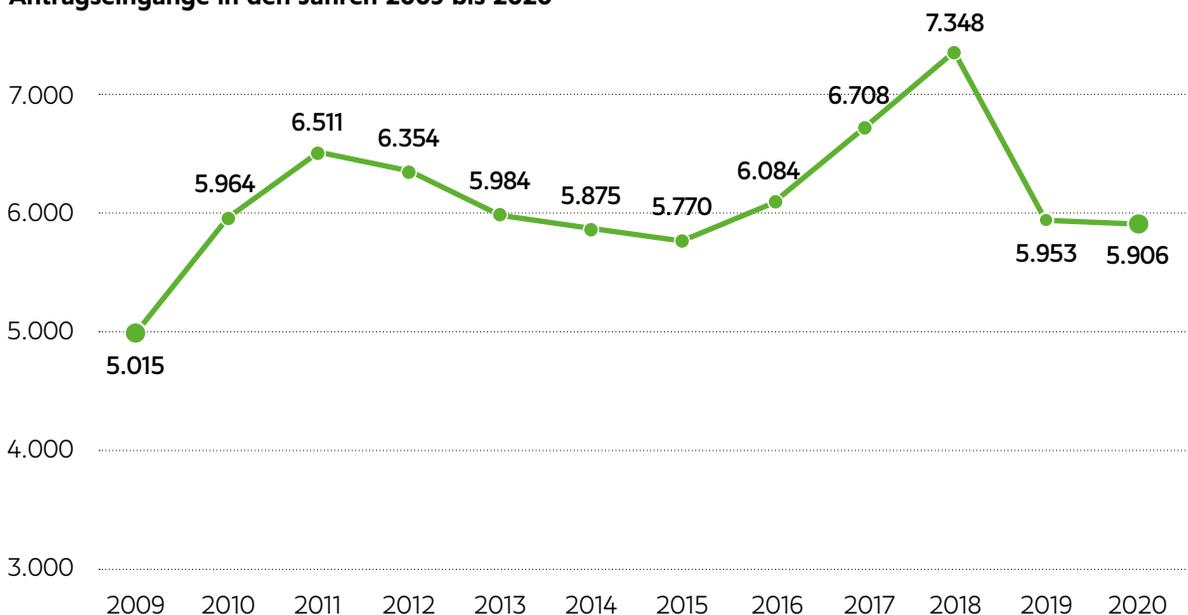
Im Berichtsjahr 2020 erreichten den Ombudsmann 5.906 Schlichtungsanträge. Unter Berücksichtigung der üblichen Schwankungen liegt die Zahl der Antragseingänge im letzten Jahr damit geringfügig unter dem Mittelwert von 6.223 Antragseingängen in den Jahren 2010 bis 2020 und nur ca. 50 Anträge unter der Zahl der eingegangenen Anträge vom letzten Jahr. Die Corona-Pandemie machte sich damit jedenfalls hinsichtlich der Zahl der eingegangenen Verfahren bei dem Ombudsmann im Ergebnis im Jahr 2020 nicht bemerkbar. Gleichwohl wurde auch in der Schlichtungsstelle eine Strategie zum Schutz der Mitarbeiter umgesetzt, was mit einigem Mehraufwand verbunden war.

Die ungewöhnlich hohe Zahl der Antragseingänge im Jahr 2018 bleibt damit weiter eine Besonderheit in dieser langjährigen Entwicklung. 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,

nachdem eine Entscheidung des BGH dazu ergangen war. Obwohl das Thema der Beitragsanpassungen auch im Jahr 2020 den BGH und den Ombudsmann beschäftigte, blieb ein entsprechender Anstieg dieses Jahr aus.

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 Krankversicherer. 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 2020



THEMEN

Die Arbeit des Ombudsmanns bestimmten im Berichtsjahr 2020 vorrangig die Themen **medizinische Notwendigkeit** von (ambulanten und stationären) Behandlungsmaßnahmen, **Gebührenstreitigkeiten** sowie **Beitragsanpassungen**.

Beitragsanpassungen

So wendeten sich Versicherte in diesem Jahr vermehrt gegen Beitragsanpassungen in der Krankenversicherung, der Privaten Pflegepflichtversicherung und den Pflegezusatzversicherungen. Sie trugen hierbei häufig vor, dass sie von sprunghaften und deutlichen Beitragserhöhungen überrascht wurden. Neben der Frage nach der grundlegenden Wirksamkeit von Beitragsanpassungen war den Anträgen zu entnehmen, dass die Versicherten kleinere, regelmäßige Beitragsanpassungen bevorzugen würden.

Nach den Vorgaben des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) sind die Versicherer dazu verpflichtet, mindestens einmal jährlich für jeden Tarif die tatsächlich anfallenden Leistungen mit den kalkulierten Aufwendungen zu vergleichen.

Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von 10 Prozent oder mehr, so müssen alle Rechnungsgrundlagen der betreffenden Beobachtungseinheit überprüft werden. Einige Unternehmen ziehen diese Grenze in gesetzlich zulässiger Weise schon bei niedrigeren Sätzen ab mindestens 5 Prozent. Ergibt sich bei diesem Vergleich eine dauerhafte Abweichung von der bisherigen Kalkulation, so muss die Kalkulation neu erfolgen und der Beitrag angepasst werden.

Durch die strengen gesetzlichen Regelungen zur Überprüfung und Anpassung der Beiträge bleibt den Versicherern wenig Spielraum. So kann es zu Nachholeffekten kommen, weil der Anstieg der Versicherungsleistungen einige Jahre lang jeweils unter den genannten Schwellenwerten lag und

so keine Beitragserhöhung nach sich zog. Wird dann aber die Grenze überschritten, müssen bei der Neukalkulation alle Rechnungsgrundlagen an die Entwicklung seit der letzten Kalkulation angepasst werden. Die Beiträge in einigen Tarifen werden dadurch jahrelang nicht, dann aber für die Versicherten deutlich spürbar erhöht.

Im Sinne der Versicherten würde der Ombudsmann eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen dahingehend begrüßen, dass diese eine flexiblere Reaktion auf notwendige Änderungen der Rechnungsgrundlagen ermöglichen. Infolge dessen könnten dann zwar regelmäßiger, dafür aber moderatere Beitragsanpassungen vorgenommen werden.

Corona-Pandemie

Darüber hinaus hielt das Jahr 2020 neue Problemstellungen im Zusammenhang mit der weiter vorherrschenden Corona-Pandemie bereit, welche eine Vielzahl neuer Fragestellungen bei den Versicherten aufwarf.

Diese betrafen beispielsweise die **Pflicht zur Beitragszahlung**, selbst wenn Arztbesuche nur noch eingeschränkt möglich waren, Schwierigkeiten bei der Zahlung der geschuldeten Beiträge aufgrund von fehlenden Einnahmen, die Übernahme der Kosten für die Durchführung von sogenannten Corona-Tests sowie die Erstattungsfähigkeit vorbeugender Maßnahmen wie Schutzmasken durch die Versicherer.

Grundsätzlich gilt auch in dieser speziellen Situation zunächst Folgendes:

Das Entstehen sowie der Umfang einer Leistungspflicht der Versicherer richtet sich nach den Bestimmungen des zwischen den Parteien geschlossenen Versicherungsvertrags, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie dem Tarif mit den dazugehörigen Tarifbedingungen und den gesetzlichen Regelungen.

Schon dieser Prüfungsmaßstab zeigt, dass es sich bei den im Rahmen des Ombudsmannverfahrens gestellten Anträgen stets um Einzelfallkonstellationen handelt.

Jedoch bestehen Verpflichtungen, die alle Versicherten gleichermaßen treffen, wie die Pflicht zur Beitragszahlung. Eine Entbindung von dieser kommt selbst dann nicht in Betracht, wenn die Terminvergabe seitens der Ärzte pandemiebedingt lediglich eingeschränkt erfolgt sein sollte.

Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass es zwischen den Ärzten und den Versicherten keine unmittelbaren Vertragsbeziehungen gibt. Es bestehen vielmehr zwei voneinander unabhängige vertragliche Beziehungen; der Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und dem Arzt auf der einen sowie der Krankenversicherungsvertrag zwischen dem Versicherten und seinem Versicherer auf der anderen Seite. Folglich haben die Versicherer keinen Einfluss auf die Terminvergabe durch die Ärzte.

Zudem bestand der Versicherungsschutz unabhängig von der Frage, ob Arzttermine wahrgenommen werden konnten, in den hier geführten Verfahren ununterbrochen fort.

Daneben sehen die Versicherungsverträge in der Regel gewisse Mitwirkungspflichten der Versicherten vor. Auch diese bestehen in der aktuellen Lage grundsätzlich fort, so dass sich die Versicherten bspw. im Bereich der Krankentagegeldversicherung auf Verlangen des Versicherers einer ärztlichen Untersuchung unterziehen müssen.

Eine weitere an den Ombudsmann herangetragene Frage betraf die Erstattungspflicht von Aufwendungen für den Bezug von **FFP2/FFP3-Masken**.

Zwar sehen die Versicherungsverträge in der Regel die Erstattung von Aufwendungen für Hilfsmittel vor. Als Hilfsmittel können Schutzmasken allerdings nicht angesehen werden. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs werden Hilfsmittel wie folgt definiert:

Hilfsmittel sind technische Mittel, die körperliche Defekte über längere Zeit auszugleichen suchen und damit unmittelbar eine Ersatzfunktion für ein krankes Organ wahrnehmen sollen, ohne dessen Funktionsfähigkeit wiederherzustellen.

Eine solche Ersatzfunktion haben FFP2- bzw. FFP3-Masken nicht. Sie dienen vielmehr der Vermeidung einer möglichen Ansteckung mit einer über die Luft übertragbaren Krankheit. Damit steht fest, dass es sich um vorbeugende Maßnahmen handelt, die grundsätzlich nicht versichert sind. Selbstverständlich können Ausnahmen hiervon im Einzelfall vertraglich geregelt sein.

Hinsichtlich der Schutzmasken ist überdies zu berücksichtigen, dass nunmehr über eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit für festzulegende Risikogruppen mit einem signifikant erhöhten Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus ein Anspruch auf bestimmte Schutzmasken begründet werden kann. Vorgesehen ist eine Bereitstellung dieser durch den Bund. Die Ausgabe von FFP2-Masken für Risikogruppen erfolgt seit Dezember 2020 über die Apotheken. Die weitere Umsetzung bleibt abzuwarten. Infolge dessen dürfte die Zahl der entsprechenden Anfragen an die Versicherer zurückgehen.

In Anbetracht der vorstehenden Ausführungen hat es der Ombudsmann wohlwollend zur Kenntnis genommen, dass die Versicherer sich durchaus zu **Kulanzlösungen** bereit erklärt haben.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Ombudsmann in Bezug auf die neuen Problemfelder vor allem Aufklärungsarbeit leistete und den Versicherten den Sachverhalt anhand der einschlägigen Versicherungsbedingungen näher erläuterte.

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 Jahr 2019 hatte der Ombudsmann seine Internetseite neugestaltet. Seither ist auch eine problemlose Anwendung vom Smartphone oder Tablet möglich. Diese Neuerungen stellten sich im Berichtsjahr 2020 als besonders hilfreich heraus. Denn aufgrund der – mit der Corona-Pandemie einhergehenden – Einschränkungen nutzten viele Versicherte die Möglichkeit, den Schlichtungsantrag online zu stellen oder im laufenden Verfahren weitere Ergänzungen oder Unterlagen über die gesicherte Internetseite zu übermitteln.

Die in den vergangenen Jahren erkennbare Tendenz dahingehend, dass vermehrt auf die elektronische Kommunikation zurückgegriffen wird, hat sich durch die besondere Situation im Jahr 2020 daher nochmals verstärkt.

Neben konkreten Schlichtungsanträgen erreichten den Ombudsmann auch im Jahr 2020 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 jedoch 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.

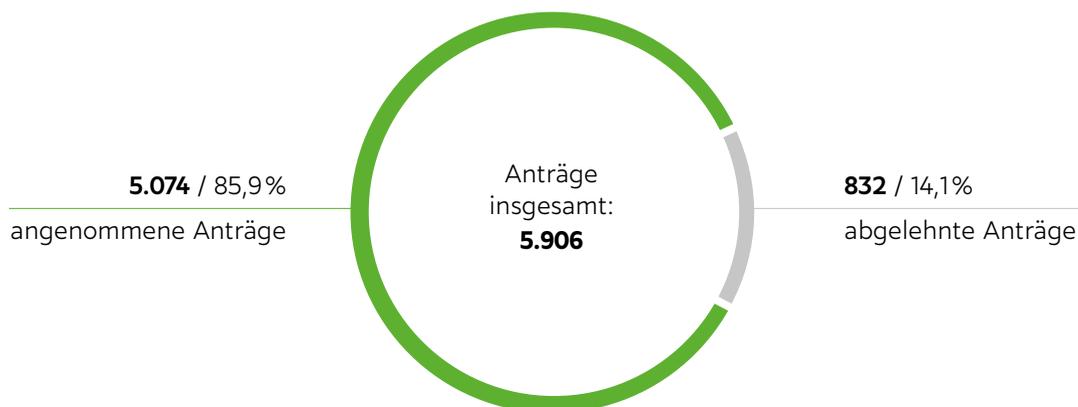
II. Statistik



Anträge
Beschwerdethemen
Einigungsquote

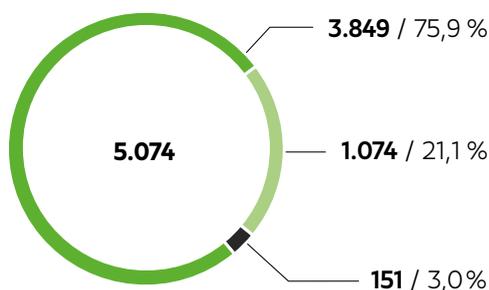
SCHLICHTUNGSANTRÄGE

Anzahl der eingegangenen Anträge 2020



Verteilung der angenommenen Anträge nach der Art des Versicherungsvertrages

- Krankheitskostenvollversicherung
- Zusatzversicherung
- Pflegepflichtversicherung



Verteilung der abgelehnten Anträge (insgesamt 832) nach Ablehnungsgrund

die Streitigkeit fällt nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns

564

der streitige Anspruch ist nicht zuvor gegenüber dem Antragsgegner geltend gemacht worden

179

der Streitwert unterschreitet eine bestimmte Höhe

49

der Streitgegenstand ist bereits gerichtlich geltend gemacht

36

die Angelegenheit war/ist bereits Gegenstand eines Verfahrens bei einer anderen Verbraucherschlichtungsstelle

1

der Streitgegenstand ist bereits beigelegt

1

der Anspruch ist verjährt

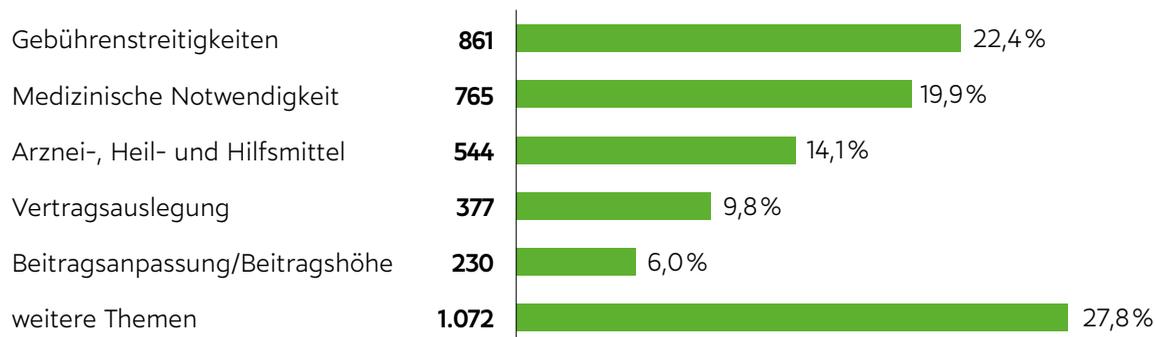
2

THEMEN

Krankheitskostenvollversicherung

Verteilung der Anträge nach Themen

Anzahl der Anträge insgesamt: **3.849** (75,9%)



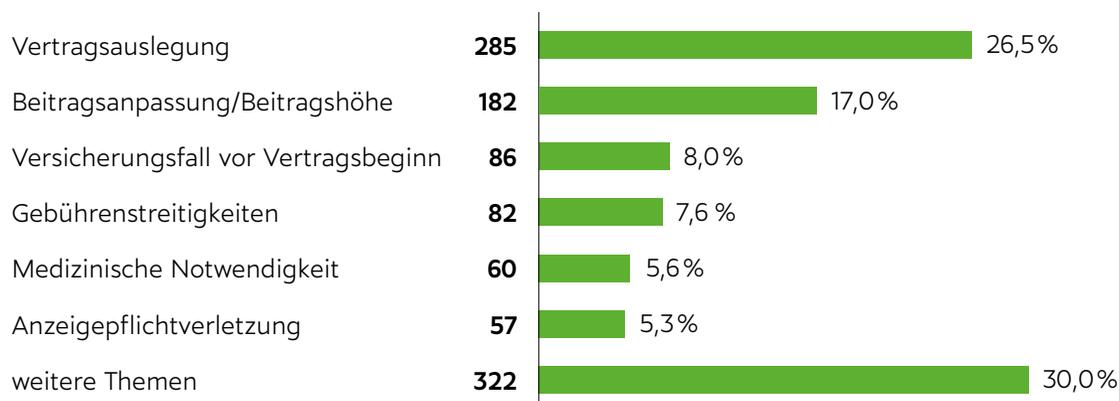
Im Berichtszeitraum nahmen die **Gebührenstreitigkeiten**, also Fragen zur korrekten Abrechnung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen, den Spitzenplatz ein. Unverändert haben sich die Versicherten im Jahr 2020 sehr häufig mit Fragen hinsichtlich der **medizinischen Notwendigkeit** einzelner Behandlungsmaßnahmen 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 weiteren 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: **1.074** (21,1%)



Zu den Zusatzversicherungen gehören unter anderem: Krankentagegeldversicherung, Krankenhaus-tagegeldversicherung, Pflegezusatzversicherung, Auslandsreisekrankenversicherung und Zahnzusatzversicherung.

Die im Bereich der Zusatzversicherungen an den Ombudsmann gerichteten Schlichtungsanträge betrafen 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 waren bspw. die Themen Vertragsbeendigung durch den Versicherten, Vertragsbearbeitung sowie die Beitragshöhe. Hier machten sich im Jahr 2020 die Beitragsanpassungen im Bereich der Pflegezusatzversicherung bemerkbar.

Pflegepflichtversicherung

Verteilung der Anträge nach Themen

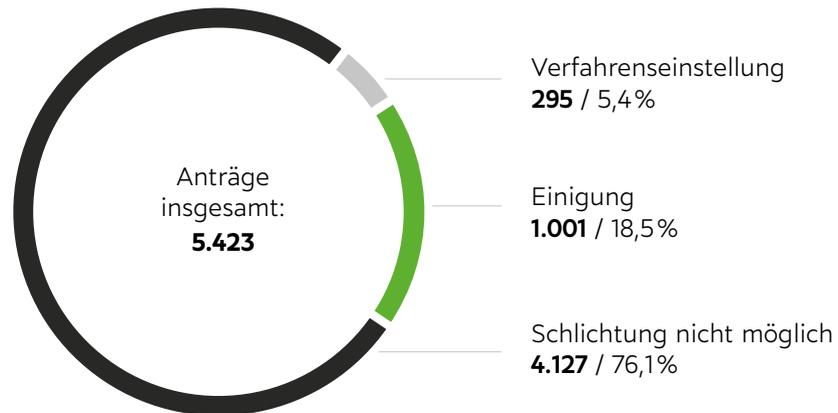
Anzahl der Anträge insgesamt: **151** (3,0%)



Insgesamt betrachtet betrifft nur eine geringe Anzahl der Anträge die Pflegepflichtversicherung, weshalb die prozentuale Verteilung hier weniger aussagekräftig ist als bei den anderen Sparten. Insgesamt sank die Zahl der insoweit eingegangenen Anträge im Vergleich zum Vorjahr deutlich von 191 auf 151. Von diesen betraf der überwiegende Anteil Fragen zu den Leistungen. Im Bereich der Pflegepflichtversicherung haben 2020 ebenfalls Beitragsanpassungen stattgefunden.

ERGEBNISSE IM SCHLICHTUNGSVERFAHREN

Anzahl der 2020 abschließend bearbeiteten Anträge



Neben der Bearbeitung neuer Schlichtungsanträge befasste sich der Ombudsmann auch im Jahr 2020 mit dem Abschluss der noch offenen Verfahren aus dem Vorjahr. Insgesamt konnten 5.423 Schlichtungsverfahren beendet werden. In 1.001 Fällen konnte eine Einigung erzielt werden, in 4.127 Fällen war dies nicht der Fall. Zudem wurden 295 Verfahren auf Wunsch der Antragsteller eingestellt. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug im aktuellen Berichtsjahr 83 Tage 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?

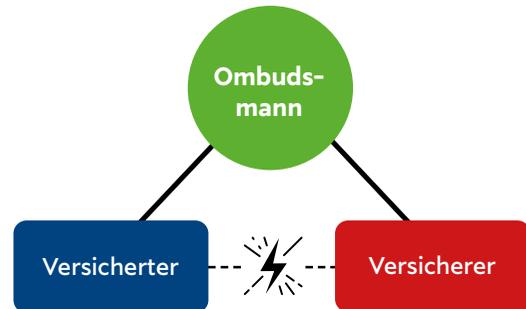
Seit dem 01. Januar 2014 übt Heinz Lanfermann das Amt des Ombudsmanns aus.

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 Ombudsmannstätigkeit 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 Erbringung von

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

3. Verjährungshemmung

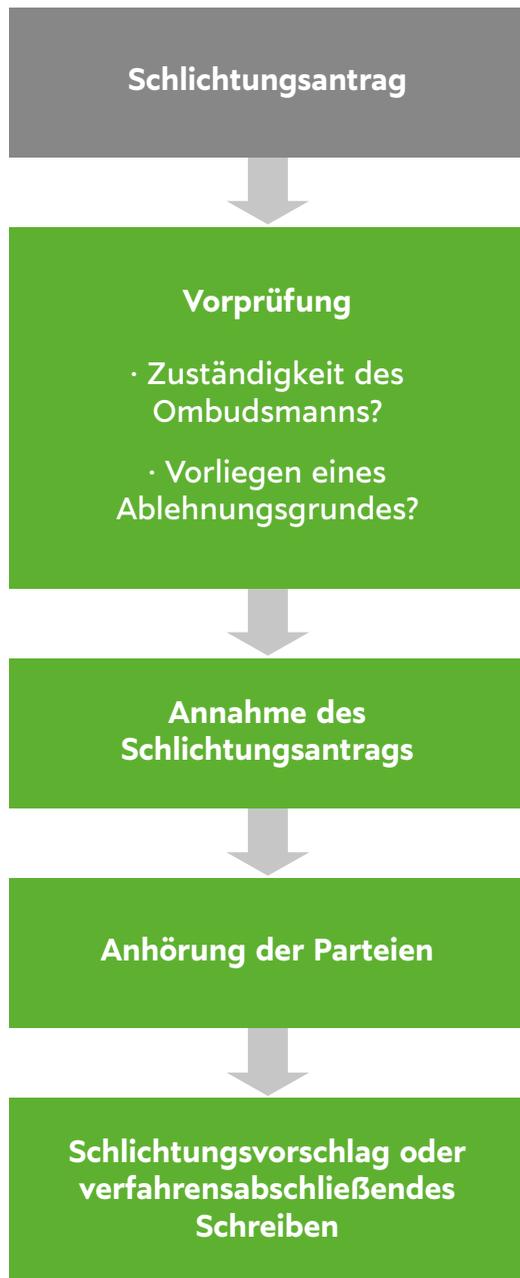
Die Verjährung eines Anspruchs wird im Rahmen des Schlichtungsverfahrens gehemmt. Es gelten die gesetzlichen Regelungen nach § 204 Abs. 1 Nr. 4 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

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 konkret 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 eine im Vergleich zu einem gerichtlichen Verfahren 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



Medizinische Notwendigkeit

Heilmittel

Kieferorthopädie

Krankentagegeld

THEMENSCHWERPUNKTE

Medizinische Notwendigkeit

„Mein Arzt ist der Meinung, dass ich die Behandlung benötige, aber der Versicherer erstattet die Kosten nicht. Kann er das einfach entscheiden, ohne mich selbst untersucht zu haben?“

Diese und ähnliche Fragestellungen, die den Ombudsmann in Schlichtungsverfahren erreichen, betreffen die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung. Hierbei kann es um folgende Leistungen gehen:

- ärztliche und zahnärztliche Behandlungen
- stationäre Behandlungen
- Kosten für Heilmittel, wie bspw. Krankengymnastik, Massage, Fango
- Kosten für Hilfsmittel, wie bspw. Hörgeräte, Rollstühle, Sehhilfen
- Medikamente
- alternativmedizinische Maßnahmen.

Grundvoraussetzung für den Anspruch auf Leistung in der Privaten Krankenversicherung ist, dass die „medizinische Notwendigkeit“ der jeweiligen Maßnahme gegeben sein muss.

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. Die gewählte Behandlungs- oder Untersuchungsmethode muss auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung oder den Einsatz der Untersuchungsmethode im Hinblick auf das angestrebte Behandlungsziel zu erklären vermag.

Voraussetzung ist unter anderem die Geeignetheit der Behandlung, den angestrebten Behandlungserfolg zu erreichen. Sind mehrere Behandlungsmaßnahmen geeignet, besteht die Leistungspflicht nur für diejenige, die mit dem geringsten medizinischen Eingriff und Behandlungsumfang verbunden ist. Aus medizinischer Sicht überzogene Maßnahmen stehen von vornherein nicht unter Versicherungsschutz.

Alternativmedizin

§ 4 Abs. 6 der MB/KK bestimmt, dass der Versicherer für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind, leistet. Darüber hinaus leistet er auch für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Die Praxis zeigt, dass diese theoretischen Maßstäbe zu Auslegungsfragen und Konflikten führen können.



Beispiel: Zahnbehandlung

Der Antragssteller machte bei seinem Versicherer Kosten für eine Implantatbehandlung geltend. Dieser erstattete die Behandlungskosten mit Ausnahme der Kosten für eine im Rahmen der Diagnostik durchgeführte digitale Volumentomographie (DVT), die er für nicht medizinisch notwendig hielt. Der behandelnde Zahnarzt war der Auffassung, dass ohne die DVT keine Behandlungsplanung vorgenommen werden könne. Der Antragssteller bat um Durchführung eines Schlichtungsverfahrens.

Im Schlichtungsverfahren erfolgt eine Prüfung unter rechtlichen Gesichtspunkten. Den Schwerpunkt der Tätigkeit des Ombudsmannes bildet bei medizinischen Sachverhalten eine Plausibilitätsprüfung der Entscheidung des Versicherers im konkreten Einzelfall. Die Einholung eines Sachverständigengutachtens ist im Schlichtungsverfahren nicht möglich. Je nach Sachlage setzt sich der Ombudsmann aber für eine nochmalige Überprüfung oder Beauftragung eines medizinischen Sachverständigen durch den Versicherer ein.

Bei der DVT handelt es sich um ein dreidimensionales Diagnoseverfahren, bei dem Röntgenstrahlen genutzt werden. Der Versicherer verneinte auch nach erneuter Prüfung im Rahmen des Schlichtungsverfahrens die medizinische Notwendigkeit und stützte sich dabei auf die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Implantologie. Diese hat aufgezeigt, dass aufgrund einer erhöhten Strahlenbelastung eine DVT zur präimplantologischen Diagnostik überwiegend nur dann medizinisch notwendig sei, wenn bei der klinischen Untersuchung der Verdacht einer Anomalie des Kiefers besteht. In allen anderen Fällen seien eine [strahlungsärmere] Panorama-Röntgenaufnahme sowie eine intraorale klinische Untersuchung ausreichend. Zwar ist die DVT zur Diagnose geeignet, wegen der höheren Strahlenbelastung aber in der Regel zur Diagnose nicht erforderlich.

Da in diesem Einzelfall keine Hinweise auf das Vorliegen einer Kieferanomalie vorlagen, teilte der Ombudsmann dem Antragssteller mit, dass er die Entscheidung des Versicherers nachvollziehen könne und sich deshalb nicht für eine weitere Kostenübernahme ausgesprochen habe.

Häufig beschäftigen sich Schlichtungsverfahren im Bereich der medizinischen Notwendigkeit auch mit der Frage, wer überhaupt darlegen und beweisen muss, dass es sich (nicht) um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung handelt und welche Unterlagen der Versicherer zur Prüfung seiner Leistungspflicht anfordern darf.

Beispiel: Vorlage ärztlicher Unterlagen

Der Antragssteller wurde seit 2018 wegen eines Bandscheibenvorfalls mit diversen Heilmitteln behandelt. Er erhielt manuelle Therapie, Krankengymnastik, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie und Osteopathie. Der Versicherer sagte nach Prüfung durch einen medizinischen Sachverständigen die Kosten-erstattung dieser Maßnahmen bis April 2019 zu, erbat sich aber für den Fall einer darüber hinaus fortgesetzten Behandlung die Vorlage aktueller Befunde und eines Behandlungsplans.

Der Antragssteller war nicht bereit, aktuelle Unterlagen beizubringen, sodass der Versicherer ab April 2019 keine Kosten mehr für die Heilmittel erstattete. Diese Entscheidung wollte der Antragssteller im Rahmen des Schlichtungsverfahrens geprüft wissen.

Viele Antragssteller gehen davon aus, der Versicherer müsse im Falle einer Leistungsablehnung nachweisen, dass die Behandlung nicht medizinisch notwendig sei. Tatsächlich ist aber das Vorliegen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung als zentrale Leistungsvoraussetzung vom Versicherten zu beweisen. Auch im Privatversicherungsrecht gilt der Grundsatz, dass derjenige, der von seinem Vertragspartner eine Leistung beansprucht, die Voraussetzungen dafür nachweisen muss.

Was vielen Versicherten zudem 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 – möglicherweise anders ausfallende – Entscheidung der Beihilfestelle.

Zur Prüfung seiner Leistungspflicht ist der Versicherer auf die **Mitwirkung des Versicherten** angewiesen: Nur von ihm kann er die für seine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit erforderlichen ärztlichen Unterlagen erhalten. Zudem ziehen Versicherer für ihre Prüfung mitunter externe Ärzte heran, denen die Unterlagen nicht ohne eine Einwilligungs- und Schweigepflicht-Entbindungserklärung zur Verfügung gestellt werden dürfen. Die Prüfung des Versicherers erfolgt in der Regel nach Aktenlage.

„Der Versicherer soll erstmal beweisen, dass die Behandlung nicht medizinisch notwendig ist.“

Aus § 9 Abs. 2 der MB/KK ergibt sich, dass der Versicherungsnehmer auf Verlangen Auskünfte zu erteilen hat, die zur Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich sind. Da es sich dabei um eine Obliegenheit handelt, kann der Versicherte selbst entscheiden, ob er bei der Prüfung der Leistungspflicht des Versicherers mitwirken will. Auch ist zu bedenken, dass nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Leistungen des Versicherers erst fällig werden, wenn alle zur Feststellung des Versicherungsfalles notwendigen Erhebungen abgeschlossen sind. Das hat zur Folge, dass erst nach Abschluss der Prüfung Leistungen an den Versicherungsnehmer ausgezahlt werden.

Der Ombudsmann hat in dem oben geschilderten Fall geprüft, ob die vom Versicherer angeforderten Unterlagen für dessen Prüfung notwendig waren und im Ergebnis mitgeteilt, dass der Versicherer berechtigt war, die Unterlagen anzufordern.

Gebührenstreitigkeiten

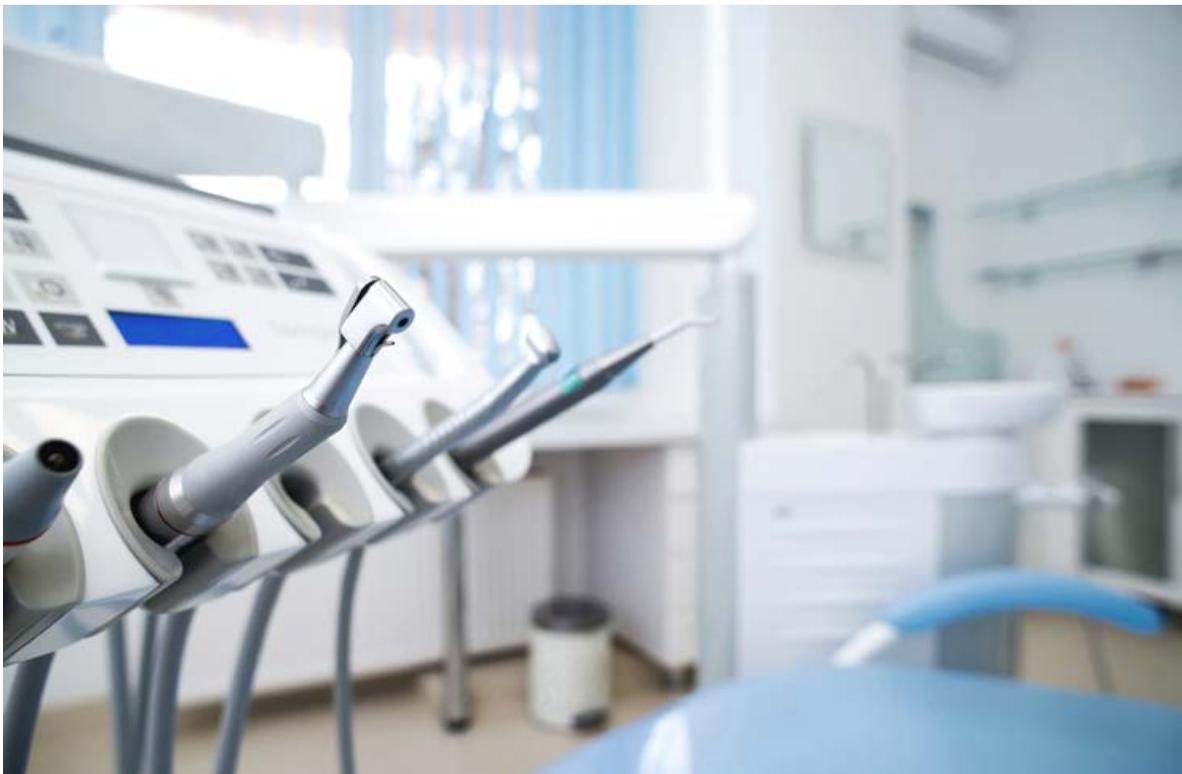
„Der Versicherer erstattet die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung meiner Tochter nicht vollständig. Der Kieferorthopäde vertritt die Auffassung, dass seine Abrechnung richtig ist. Bleibe ich jetzt auf den Kosten sitzen?“

Wie schon in den vergangenen Jahren betrafen auch im Jahr 2020 viele Schlichtungsverfahren Meinungsverschiedenheiten über die Abrechnung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen. Häufig führten hierbei Auslegungsfragen hinsichtlich der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** bzw. der **Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)** zum Streit.

Der Ombudsmann prüft in diesen Fällen unter Beachtung der zu dieser Thematik ergangenen Rechtsprechung und geäußerten Meinungen in der Literatur, ob die Entscheidung des Versicherers vertretbar ist. Er regt grundsätzlich an, dass die Versicherer ihre Versicherten aus der Auseinandersetzung mit ihrem Arzt bzw. Zahnarzt 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 Rechnungsaussteller 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.

Zu einem nicht unerheblichen Anteil betreffen die an den Ombudsmann gerichteten Anträge gebührenrechtliche Fragestellungen im Bereich der **Kieferorthopädie** – einen Teilbereich der Zahnmedizin.



Beispielhaft seien hier die Abrechnungsfähigkeit von Brackets, Invisalign- und Retainerattachments oder die Eingliederung und Entfernung von Bögen im Zusammenhang mit der Kieferumformung und Retention genannt. Zudem geht es nicht selten um die Frage, ob eine vom Kieferorthopäden durchgeführte Behandlung den Leistungstext der von ihm berechneten Gebührenziffer wirklich erfüllt.

Beispiel: Kieferorthopädie

Die 16-jährige Tochter des Antragsstellers unterzog sich über einen Zeitraum von zehn Quartalen einer kieferorthopädischen Behandlung, in deren Verlauf der behandelnde Kieferorthopäde mehrfach die Ziffer 6090 GOZ berechnete. Nach ihrer Leistungsbeschreibung honoriert diese Ziffer „Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention, je Kiefer“. Unter einer Okklusion versteht man in der Zahnmedizin den Kontakt der Zähne. Der Versicherer lehnte die Erstattung mit der Begründung ab, dass diese Ziffer nur einmal und nicht quartalsweise angesetzt werden dürfe.

Der Ombudsmann hielt die Auffassung des Versicherers unter gebührenrechtlichen Aspekten für vertretbar. Der Wortlaut der Leistungsbeschreibung umfasst „Maßnahmen“. Es geht also um verschiedene Leistungen zur Einstellung der Okklusion. Bis das Ziel „Einstellung der Okklusion“ erreicht ist, kann die Ziffer nur einmal abgerechnet werden.

Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens konnte dennoch eine Lösung für den Versicherten erzielt werden. Der Ombudsmann hielt dem Versicherer vor, dass dieser aufgrund eines vor Behandlungsbeginn eingereichten Heil- und Kostenplans die Erstattung des sechsfachen Ansatzes der Ziffer 6090 GOZ über einen Zeitraum von zehn Quartalen bereits zugesagt hatte. Der Versicherer leistete schließlich die entsprechende Kostenerstattung, da ihm sein Fehler bei Prüfung des Heil- und Kostenplans nicht aufgefallen war.

Der Ombudsmann empfahl dem Versicherten, dem Versicherer zur besseren Einschätzung des eigenen Kostenrisikos auch zukünftig vor allen planbaren größeren Behandlungen einen Heil- und Kostenplan vorzulegen und sich eine Kostenzusage geben zu lassen.

Krankentagegeld

„Mein Versicherer hat den Vertrag gekündigt. Er hält mich für berufsunfähig. Letztlich möchte ich, dass meine Erkrankung ernst genommen wird und nicht mir unbekannte Personen über meinen Gesundheitszustand entscheiden, wenn mein behandelnder Arzt gegenteilige Ansichten hat.“

Viele Arbeitnehmer und Selbstständige entscheiden sich, die Risiken eines möglichen Einkommensausfalls durch Arbeitsunfähigkeit privat mit einer Krankentagegeldversicherung abzusichern. Das Krankentagegeld ist ein wichtiger Bestandteil in der privaten Krankenversicherung.

Probleme treten in diesem Zusammenhang für die Versicherten auf, wenn der Versicherer nicht oder nicht vollständig zahlt. Hierbei ist beispielsweise streitig, ob eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit besteht oder der Versicherte vielleicht wieder teilweise arbeitsfähig ist. In anderen Fällen geht es darum, ob jemand überhaupt wieder in seinem Beruf arbeiten können oder aber bereits berufsunfähig ist.

Wesentliche Voraussetzung der Auszahlung von Krankentagegeld ist das Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit (AU).

Arbeitsunfähigkeit liegt nach § 1 Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

Ob eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % vorliegt, wird in erster Linie anhand medizinischer Befunde festgestellt. Der Versicherer ist zu einer eigenständigen Prüfung (in der Regel durch einen unabhängigen Gutachter) berechtigt.

Es kann zudem um die Höhe des abgesicherten Krankentagegeldes oder auch um Rechte und Pflichten aus dem Vertrag, beispielsweise um Obliegenheiten des Versicherungsnehmers, gehen.

So sind z. B. bestimmte Fristen und Anforderungen beim Nachweis der Arbeitsunfähigkeit gegenüber dem Versicherer einzuhalten.

Finanziell gesehen betreffen die Anträge oftmals die Existenz der Versicherten. Wenn ein Arbeitnehmer erkrankt, zahlt der Arbeitgeber zunächst für eine bestimmte Zeit (in der Regel sechs Wochen) weiterhin das volle Gehalt. Erst nach Einstellung dieser Lohnfortzahlung kann das Krankentagegeld zum vertraglich vereinbarten Zeitpunkt ausgezahlt werden. Selbstständige sind in der Regel bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit sofort auf die Zahlung von Krankentagegeld angewiesen.

In vielen Fällen haben Versicherte bereits im Vorfeld des Schlichtungsverfahrens über einen längeren Zeitraum mit ihrem Versicherer über die Leistungen gestritten.

„Durch die fehlenden Zahlungen ist der finanzielle Druck auf mich enorm gewachsen. Daher bitte ich Sie um eine schnelle Entscheidung.“

Der Ombudsmann prüft, ob die rechtlichen Voraussetzungen für die Zahlung von Krankentagegeld vorliegen. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung hat der Versicherungsnehmer den Eintritt und Fortbestand der Leistungsvoraussetzungen darzulegen. Der Eintritt des Versicherungsfalles setzt zwar die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit voraus; eine Beweisregel, nach der es dem Versicherer verwehrt sein könnte, die inhaltliche Richtigkeit dieses Nachweises zu bestreiten, ergibt sich daraus aber nicht. Vielmehr eröffnet dem Versicherer erst der



vom Versicherungsnehmer vorzulegende Nachweis über die festgestellte Arbeitsunfähigkeit die Möglichkeit der Prüfung, ob der Versicherungsfall eingetreten ist, ohne dass er an diesen gebunden oder auch nur gehalten wäre.

Den Versicherungsnehmer treffen gewisse **Pflichten bzw. Obliegenheiten** zur Beibringung der geforderten Nachweise. Unter anderem hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Zudem kann er verpflichtet werden, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Kommt er dem nicht nach, kann dies zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Dem Versicherer steht somit eine umfassende Prüfungskompetenz zu.

Da es sich bei der Frage, ob Arbeitsunfähigkeit vorliegt, um eine **medizinische Frage** handelt, der

Ombudsmann jedoch nicht über medizinischen Sachverstand verfügt, kann eine diesbezügliche Überprüfung nur dahingehend erfolgen, ob die Entscheidung des Versicherers offensichtlich fehlerhaft oder willkürlich war. Im kostenlosen Ombudsmannverfahren können zur Klärung medizinischer Fragen ein Sachverständigengutachten oder eine Beweisaufnahme nicht erwartet werden. Diese müssen einem gerichtlichen Verfahren vorbehalten bleiben.

Die Krankentagegeldversicherung endet automatisch mit dem Eintritt der **Berufsunfähigkeit** (BU). Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Ebenso wie die Frage, ob eine AU vorliegt, handelt es sich hierbei um eine medizinische Fragestellung, bei der der Ombudsmann prüft, ob der Versicherer eine offensichtlich fehlerhafte oder willkürliche Entscheidung getroffen hat.

Sonderfall: Krankentagegeldanspruch in der Freistellungsphase der Altersteilzeit

Viele Arbeitnehmer entscheiden sich zum Ende Ihres Berufslebens für ein Modell der Altersteilzeit. Das praxisrelevante Blockmodell besteht aus zwei Beschäftigungsphasen. In der Arbeitsphase bleibt die Arbeitszeit ungekürzt. In der sich daran anschließenden Freistellungsphase wird der Arbeitnehmer von seiner Arbeitsleistung gänzlich freigestellt.

In einem aktuellen Urteil des Bundesgerichtshofs vom 27.11.2019 – IV ZR 314/17 – wurde entschieden, dass der Eintritt in das Blockmodell nicht zum Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit in der Krankentagegeldversicherung führt.

Das bedeutet, dass der Versicherungsschutz in der Krankentagegeldversicherung bis zum Ende der Altersteilzeit bestehen bleibt. Auch während der Freistellungsphase hat der Versicherungsnehmer deshalb im Versicherungsfall Anspruch auf die Zahlung von Krankentagegeld.

Der Ombudsmann beschäftigt sich darüber hinaus häufig mit Fragestellungen, die weitere Obliegenheiten der Versicherungsnehmer betreffen. Diese sind in der Regel vertragsrechtlicher Natur und durch den Ombudsmann überprüfbar.

Beispiel: Obliegenheitsverletzung

Der Antragsteller hat während der Arbeitsunfähigkeit und dem damit verbundenen Erhalt von Krankentagegeld mehrere Tage seine Mutter besucht, die in einem anderen Bundesland lebt. Der Versicherer hat daraufhin das Krankentagegeld gekürzt. Der Antragsteller hat dargelegt, dass seine Mutter schwer erkrankt ist, weshalb er sich um sie kümmern wollte.

Eine Pflicht zur Zahlung von Krankentagegeld besteht dann nicht, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland aufhält, es sei denn, sie befindet sich in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung. Der Regelung liegt der Gedanke zugrunde, dass der Schadensverlauf in der Krankentagegeldversicherung maßgeblich durch das subjektive Risiko bestimmt wird. Aus diesem Grunde muss sichergestellt werden, dass Besuchskontrollen und Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden können. Dies ist bei Aufenthalt außerhalb des ständigen Wohnsitzes nicht möglich. Gegen die Wirksamkeit dieser Klausel bestehen nach ständiger Rechtsprechung keine Bedenken.

Aus diesem Grund hat der Versicherer den Antragsteller zunächst zutreffend darauf aufmerksam gemacht, dass bei einer Reise innerhalb Deutschlands keine Auszahlung des Krankentagegeldes erfolgen kann. Angesichts der geschilderten Umstände hat sich der Ombudsmann allerdings für eine kulante Lösung ausgesprochen. Aufgrund der Schwere der Erkrankung war der Versicherer schließlich bereit, die Auszahlung uneingeschränkt fortzuführen.

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.

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

Er darf weiterhin 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 Krankentagegeldversicherung, 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.

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



AstraDirect Versicherung AG
www.astradirect-versicherung.de



AXA Krankenversicherung AG
www.axa.de



**BA die Bayerische Allgemeine
Versicherung AG**
www.diebayerische.de



Barmenia Krankenversicherung AG
www.barmenia.de

Barmenia Versicherungen a. G.
www.barmenia.de



**Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft**
www.vkb.de



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



Concordia Krankenversicherungs-AG
www.concordia.de



Continentale Krankenversicherung a.G.
www.continentale.de



**DA direkt Deutsche Allgemeine
Versicherung Aktiengesellschaft**
www.da-direkt.de



Debeka Krankenversicherungsverein a. G.
www.debeka.de



**DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung**
www.dbv.de



DFV Deutsche Familienversicherung AG
www.dfv.ag

DEVK

**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



**Generali Deutschland
Krankenversicherung AG**
www.generali.de



Gothaer Krankenversicherung AG
www.gothaer.de



HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
www.hallesche.de



HanseMerkur Krankenversicherung AG
www.hansemerkur.de

HanseMerkur Spezielle Krankenversicherung AG
www.hansemerkur.de



HUK-COBURG-Krankenversicherung AG
www.huk-coburg.de



IDEAL Versicherung AG
www.arag.de



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-AKTIENGESELLSCHAFT
Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG
www.mecklenburgische.de



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



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.stmartinusvvaag.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: 31.01.2021

Bildnachweis

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

S. 5: Anke Illing

S. 27: JRP Studio/stock.adobe.com

S. 29: Walenga Stanislav/stock.adobe.com

S. 32: Bernd Leitner/stock.adobe.com

