

Tätigkeitsbericht 2023



OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegerversicherung

Tätigkeitsbericht 2023

OMBUDSMANN

Private Kranken- und
Pflegeversicherung

INHALT

Vorwort.....	5
I. Jahresbericht 2023.....	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
Der PKV-Ombudsmann – eine Zeitreise.....	24
IV. Beispiele aus der Schlichtungstätigkeit	27
Medizinische Notwendigkeit	28
Private Pflegepflichtversicherung.....	30
Vertragsauslegung / Versicherungsbedingungen	32
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.*

“



Einen Streit beilegen - schnell und außergerichtlich. Das ist das Ziel der Schlichtungsstelle. Auch in diesem Jahr wandten sich zahlreiche Versicherte an mich, um einen Konflikt mit ihrem privaten Krankenversicherer beizulegen. Dabei kann es zum Beispiel um Probleme bei einem Tarifwechsel, die Zusage für eine stationäre Behandlung oder die Kosten für neue Hörgeräte gehen. Oftmals besteht auch lediglich Unsicherheit darüber, ob der Versicherer mit seiner Argumentation richtig liegt. Oder es geht um die Frage, ob man alle Leistungen erhalten hat, die einem nach dem Versicherungsvertrag zustehen.

Auf der einen Seite wird jeder Schlichtungsantrag kompetent und gewissenhaft nach Recht und Gesetz geprüft. Auf der anderen Seite müssen beide Parteien auch kompromissbereit sein, um im Einzelfall eine gute Lösung finden zu können.

Leider gibt es hin und wieder Fälle, in denen die Antragsteller augenscheinlich nicht ernsthaft an einer Schlichtung interessiert sind. Auffällig sind Konstellationen, in denen sich Versicherte rechtsanwaltlich vertreten lassen, wobei gleichlautende Anträge in einer Art „Sammelklage“ eingereicht wurden. Auf Angebote der Versicherer zur gütlichen Einigung in einzelnen Fällen erfolgte keine Rückmeldung. Stattdessen wurden Klagen bei Gericht während der laufenden Schlichtungsverfahren eingereicht, woraufhin diese nach den Verfahrensregeln nicht fortgeführt werden konnten.

Ich hoffe, dass es bei Ausnahmefällen bleibt und bin überzeugt, dass die Parteien grundsätzlich an einer Klärung interessiert sind. Für alle diese Fälle werden auch weiterhin gute Lösungen gefunden werden.

Mein großer Dank gilt an dieser Stelle meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre wertvolle Arbeit. Trotz der hohen Arbeitsbelastung waren die Abläufe der Schlichtungsstelle vom Posteingang bis zum Postausgang sichergestellt. Alle Anträge sind mit juristisch präzisiertem Know-how geprüft und bearbeitet worden.

Mit diesem Tätigkeitsbericht können Sie sich über das Schlichtungsverfahren und unsere Arbeit informieren. Wie gewohnt können Sie sich einen Überblick über Zahlen, ausgewählte Themen und Beispielfälle des Jahres 2023 verschaffen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre!

Berlin, im Januar 2024

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

Heinz Lanfermann

I. Jahresbericht 2023



Beitragsanpassungen
Auskunftsanspruch
Abnehmmittel
„Wegovy“

ZAHLEN

Im Berichtszeitraum 2023 erreichten den Ombudsmann 5.415 Schlichtungsanträge (2022: 6.429). Damit liegt die Antragszahl leicht unter dem langjährigen Mittel. Insbesondere Anträge im Zusammenhang mit Beitragsanpassungen sind deutlich zurückgegangen. Diese waren 2022 noch der häufigste Grund der Versicherten, sich an den Ombudsmann zu wenden. Hier ist das Klärungsbedürfnis der Versicherten, welches möglicherweise durch die Entscheidungen des Bundesgerichtshofs (BGH) der letzten Jahre zu diesem Thema verstärkt hervorgerufen wurde, rückläufig - zumindest aus Sicht der Schlichtungsstelle.

Ein weiterer Grund für den Rückgang der Antragszahlen im Vergleich zu den Vorjahren könnte in den Nachwirkungen der Coronazeit liegen. Schließlich betrifft ganz „traditionell“ ein Großteil der Schlichtungsanträge Abrechnungsstreitigkeiten mit Ärzten und Zahnärzten sowie Fragen rund um die medizinische Notwendigkeit von einzelnen Behandlungsmaßnahmen. Da die

Arzt-Patienten Kontakte während der Pandemie aber deutlich gesunken waren, war wohl auch das Konfliktpotenzial entsprechend geringer.

Ein detaillierter Überblick über die Auswertung der einzelnen Anträge ist in Abschnitt II. Statistik zu finden.

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 rund 0,01 %. Dies spricht unverändert für eine hohe Kundenzufriedenheit der Versicherten mit ihrer privaten Krankenversicherung und insbesondere auch für ein lösungsorientiertes Beschwerdemanagement der einzelnen Unternehmen.

Antragseingänge in den Jahren 2013 bis 2023



THEMEN

Wie bereits in den Vorjahren stellte die Bearbeitung von Schlichtungsanträgen betreffend die medizinische Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen einen Schwerpunkt der Tätigkeit des Ombudsmannes dar. Die Eingaben betrafen unter anderem die Erstattung der Kosten für Medikamente, beispielsweise Präparate, die aktuell aus den Medien als sogenannte **Abnehmittel** bekannt sind. Aber auch die Fragen der Versicherten zur Wirksamkeit von **Beitragsanpassungen** in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung waren im Berichtsjahr 2023 erneut Thema.

Kostenübernahme für sogenannte Abnehmittel

Den Ombudsmann erreichten wiederholt Schlichtungsanträge bezüglich der Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen für das Präparat „Ozempic“.

Bei diesem handelt es sich um ein seit Februar 2018 für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit **Diabetes mellitus Typ 2** zugelassenes, verschreibungspflichtiges Arzneimittel. Die Verordnung erfolgt bei Erwachsenen, bei denen eine Ernährungsumstellung und Bewegung den erhöhten Blutzuckerspiegel nicht ausreichend senken.

Seit knapp zwei Jahren steigt die Nachfrage dieses Pharmazeutikums stetig an, was bereits zu Lieferengpässen geführt hat. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der enthaltene Wirkstoff Semaglutid beim Abnehmen helfen soll und das Arzneimittel deshalb immer öfter zur Gewichtsreduzierung bei Adipositas verordnet wird.

Die Anwendung eines Medikaments außerhalb des vorgesehenen, durch die Arzneimittelbehörde zugelassenen Gebrauchs bezeichnet man als **Off-Label-Use**.

Eine Leistungspflicht der Versicherer besteht in diesen Fällen nur dann, wenn es sich bei der

jeweiligen Verordnung um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung handelt und die sonstigen tariflichen Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Dies erfordert stets eine Prüfung im Einzelfall.

Mit der Frage, ob eine Kostenerstattung für den Off-Label-Use erfolgen kann, musste sich der Ombudsmann bislang nicht auseinandersetzen. In den an ihn herangetragenen Fällen stellte sich jeweils im Rahmen des Schlichtungsverfahrens heraus, dass die Verordnung des Präparats zur Diabetesbehandlung erfolgte. Die Versicherer haben die Kosten entsprechend übernommen.

Seit Juli 2023 ist das Medikament „Wegovy“ auf dem deutschen Markt verfügbar. Dieses enthält ebenfalls den Wirkstoff Semaglutid, wurde aber konkret zur Gewichtsregulierung zugelassen, was einen positiven Effekt auf die zukünftige Verfügbarkeit des Präparats „Ozempic“ haben dürfte.

Auch die Kostenübernahme für „Wegovy“ ist grundsätzlich möglich, soweit die Therapie medizinisch notwendig ist, die Verordnung indikationsbezogen erfolgt und keine tariflichen Ausschlüsse vorliegen. Es steht den Versicherten frei, eine anstehende Behandlung mit dem Versicherer abzustimmen und die Kostenübernahme vorab zu klären.

Es bleibt abzuwarten, ob mit dem zunehmenden Bekanntheitsgrad dieser Medikamente zur Gewichtsreduzierung ein erhöhtes Antragsaufkommen beim Ombudsmann einhergehen wird.

Beitragsanpassungen

Beitragsanpassungen beschäftigen die Versicherten, weil damit häufig die Sorge verbunden ist, sich den Gesundheitsschutz nicht mehr leisten zu können. Womöglich greifen sie auch deshalb zur Überprüfung der Erhöhungen im Ombudsmannverfahren auf anwaltliche Unterstützung zurück.

So reichte eine Anwaltskanzlei zum Jahresende 2022 ca. 1.300 gleichlautende Anträge zu diesem Thema ein. Neben der Frage der Wirksamkeit

der Beitragsanpassungen, die der Ombudsmann nur dahingehend überprüfen kann, ob vom Versicherer die formalen Verfahrensvoraussetzungen eingehalten wurden, ging es in diesen Fällen zusätzlich um die grundlegende Frage, ob Versicherte einen Anspruch gegenüber ihrem Versicherer auf Herausgabe der Beitragsanpassungsschreiben der letzten Jahre haben. Einzelne Versicherer waren nicht dazu bereit, diese Vertragsunterlagen ohne Weiteres an die Versicherten zu übersenden. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Unterlagen pauschal angefordert wurden, also gar nicht erst vorgetragen wurde, nicht mehr im Besitz der Unterlagen zu sein.

Schließlich hat sich auch der **Bundesgerichtshof** (BGH) mit dieser Frage befasst und mit Urteil vom 27.09.2023 (Az. IV ZR 177/22) festgestellt:

„Dem Versicherungsnehmer kann aus Treu und Glauben ein Auskunftsanspruch über zurückliegende Prämienanpassungen in der privaten Krankenversicherung zustehen, wenn er in entschuldbarer Weise über Bestehen und Umfang seines Rechts im Ungewissen ist.“

Der BGH hat in seiner Entscheidung ausgeführt, dass sich ein **Auskunftsanspruch** des Versicherers im Einzelfall nach den Grundsätzen von **Treu und Glauben** (§ 242 BGB) ergeben kann, wenn der Versicherte in entschuldbarer Weise erklärt, dass ihm die Unterlagen über zurückliegende Prämien-

anpassungen nicht mehr zur Verfügung stehen und ein berechtigtes Interesse an den Unterlagen besteht. Daraus folgt im Umkehrschluss aber, dass der Versicherer gerade nicht verpflichtet ist, pauschal und ohne weiteren Vortrag des Versicherten die vergangenen Anpassungsschreiben herauszugeben. Vielmehr bedarf es einer Einzelfallprüfung unter Berücksichtigung der Gründe für den Verlust der Unterlagen.

In diesem Zusammenhang stellte der BGH darüber hinaus klar, dass ein Anspruch auf Kopien der gesamten Begründungsschreiben samt Anlagen nicht aus Art. 15 Abs. 1, 3 DS-GVO (Datenschutz-Grundverordnung) folgt. Vielmehr ergibt sich hieraus grundsätzlich nur ein Anspruch auf eine Kopie der enthaltenen personenbezogenen Daten, nicht aber auf den gesamten Inhalt des Anpassungsschreibens.

Vor diesem Hintergrund konnte sich der Ombudsmann nicht für die Herausgabe der Unterlagen aussprechen. Im Übrigen hat es in den dargelegten Fällen regelmäßig an einem Entgegenkommen der Versicherer gefehlt, was aber in Anbetracht der grundsätzlichen Bedeutung und der lediglich pauschal sowie gleichlautend formulierten Anträge nachvollziehbar war.

Aufgrund der allgemeinen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ist davon auszugehen, dass es auch zukünftig zu Meinungsverschiedenheiten im Hinblick auf Beitragsanpassungen in der Privaten Kranken- und/oder der Pflegeversicherung kommen wird.

VERFAHREN

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

Das Verfahren ist leicht zugänglich. 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 bereits 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 auch in diesem Jahr wieder gezeigt.

Neben konkreten Schlichtungsanträgen erreichten den Ombudsmann auch in diesem Jahr 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“ zugehe. 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 (BMJ), 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.

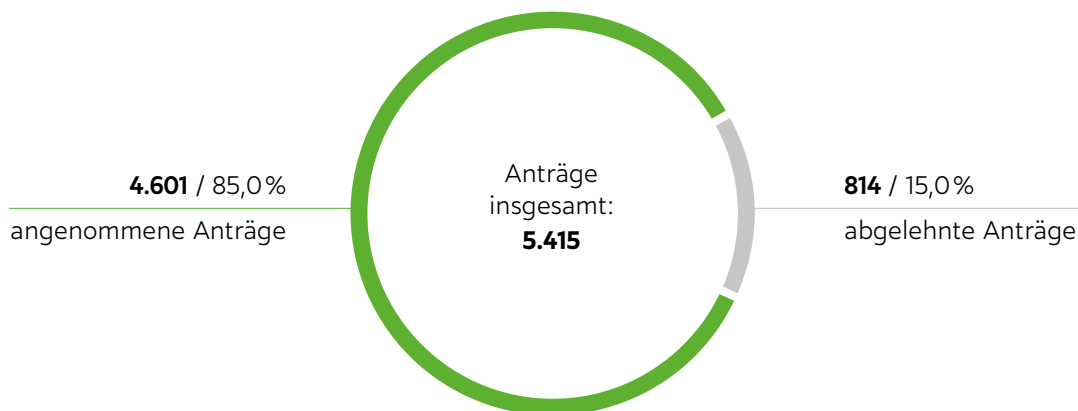
II. Statistik



Schlichtungsanträge
Themen
Einigungsquote

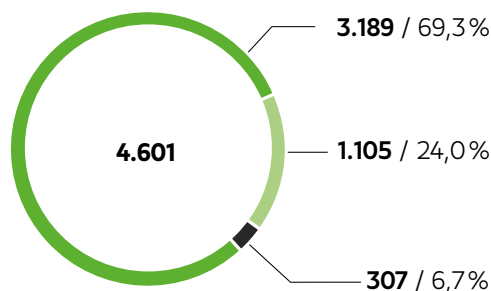
SCHLICHTUNGSANTRÄGE

Anzahl der eingegangenen Anträge 2023



Verteilung der angenommenen Anträge nach der Art des Versicherungsvertrages

- Krankheitskostenvollversicherung
- Zusatzversicherung
- Pflegepflichtversicherung



Verteilung der abgelehnten Anträge (insgesamt 814) nach Ablehnungsgrund

die Streitigkeit fällt nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns

621

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

133

der Streitwert unterschreitet eine bestimmte Höhe

37

der Gegenstand der Streitigkeit ist/wurde bereits gerichtlich geltend gemacht

20

der Anspruch ist verjährt

3

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

0

die Streitigkeit ist bereits beigelegt

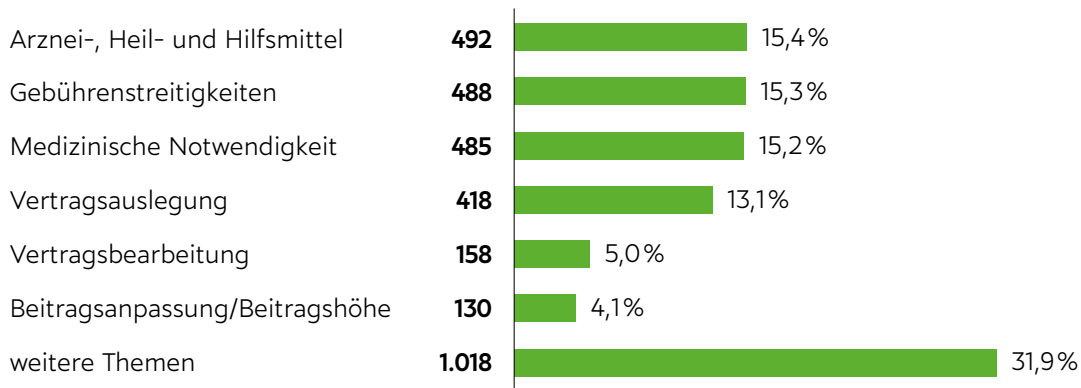
0

THEMEN

Krankheitskostenvollversicherung

Verteilung der Anträge nach Themen

Anzahl der Anträge insgesamt: **3.189** (69,3%)



Im Berichtsjahr haben sich die Antragsteller insbesondere zu vier Themenkomplexen mit vergleichbarer Gewichtung an die Schlichtungsstelle gewandt. Der häufigste Grund waren Meinungsverschiedenheiten bei der **Erstattung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln**. Diese wurden in 329 Fällen aus vertraglichen Gründen nicht vollständig übernommen und in 168 Fällen, da diese nicht oder nicht in vollem Umfang medizinisch notwendig waren.

Ähnlich häufig ging es den Versicherten um **Gebührenstreitigkeiten** (488):



Ebenfalls regelmäßig beschäftigte den Ombudsmann die Frage, ob eine Heilbehandlung **medizinisch notwendig** ist (485):



Aber auch die **Vertragsauslegung** einzelner Versicherungsbedingungen war oft im Schlichtungsverfahren zu klären (418):

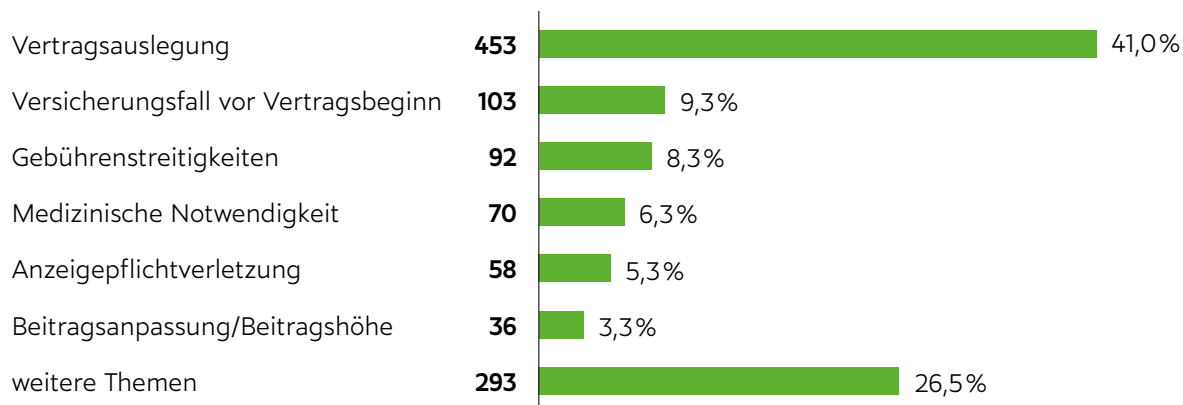


Anträge im Zusammenhang mit Beitragsanpassungen sind hingegen im Verhältnis zum Vorjahr deutlich zurückgegangen. Unter den weiteren Themen sind beispielsweise solche Anträge erfasst, die die Themen Anzeigepflichtverletzung, Risikozuschlag/Leistungsausschluss sowie Tarifwechsel betrafen.

Zusatzversicherungen

Verteilung der Anträge nach Themen

Anzahl der Anträge insgesamt: **1.105** (24,0%)



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

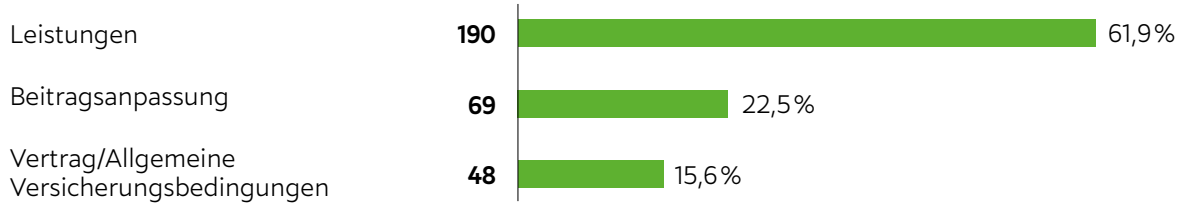
Die im Bereich der Zusatzversicherungen an den Ombudsmann gerichteten Schlichtungsanträge betrafen hauptsächlich die **Auslegung der Vertragsbedingungen**. Da die Leistungen der Versicherer in diesem Bereich häufig im Zusammenhang mit Vorleistungen anderer Kostenträger stehen, sind die einzelnen Versicherungsbedingungen 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 und die Vertragsbearbeitung.

Pflegepflichtversicherung

Verteilung der Anträge nach Themen

Anzahl der Anträge insgesamt: **307** (6,7%)

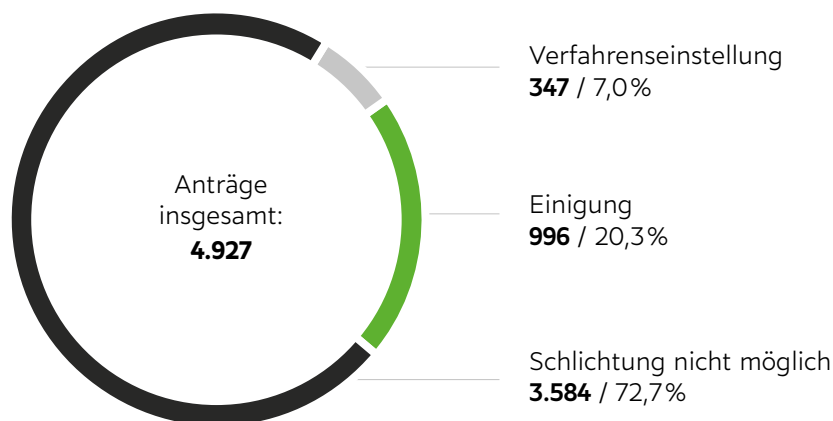


Im Vergleich zur Krankenvollversicherung erreichte den Ombudsmann eine weitaus geringere Anzahl an Schlichtungsanträgen betreffend die Pflegepflichtversicherung. Insgesamt stieg die Zahl der insoweit eingegangenen Anträge mit Blick auf das Vorjahr jedoch von 184 auf 307.

Der überwiegende Anteil der Anträge betraf Leistungsfragen wie z. B. Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Verhinderungspflege oder Pflegehilfsmittel. Meinungsverschiedenheiten über die Einordnung in einen bestimmten Pflegegrad gehören ebenfalls zu diesem Themenkomplex. Daneben gingen 69 Schlichtungsanträge aufgrund der im Jahr 2023 in der Pflegepflichtversicherung erfolgten Beitragsanpassung beim Ombudsmann ein.

ERGEBNISSE IM SCHLICHTUNGSVERFAHREN

Anzahl der 2023 abschließend bearbeiteten Anträge



Im Jahr 2023 konnten insgesamt 4.927 Schlichtungsverfahren abgeschlossen werden. Hiervon umfasst sind Verfahren, die in den Jahren 2022 und 2023 eingeleitet wurden.

Verfahrensdauer: Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug im aktuellen Berichtsjahr rund 59 Tage, nachdem die Verfahrensakte vollständig war. Damit gelang eine Bearbeitung deutlich unter der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungsfrist von 90 Tagen.

Einigung:

In 996 Fällen und damit in rund jedem fünften Verfahren konnte eine Einigung erzielt werden.

Schlichtung nicht möglich:

In 3.584 Verfahren war eine Schlichtung zwischen den Parteien nicht bzw. nicht vollumfänglich möglich. Folgende Fallkonstellationen sind hiervon erfasst:

Keine Abhilfe: Insbesondere betrifft dies jene Verfahren, in denen offensichtlich kein Anspruch der Versicherten bestand oder die Versicherer nicht zu einem Entgegenkommen bereit waren. In einzelnen Fällen lehnten auch Versicherte den Schlichtungsvorschlag des Ombudsmanns ab, so dass die Streitigkeit nicht gütlich beigelegt werden konnte.

Teilweise Abhilfe: Inbegriffen sind hier auch solche Fälle, in denen der Ombudsmann im Schlichtungsverfahren zumindest einen Teilerfolg erzielen konnte. Da allerdings dem Anliegen nur teilweise abgeholfen wurde, zählen diese statistisch zu den Verfahren, in denen letztlich keine Einigung möglich war. Dies war bei insgesamt 220 Schlichtungsverfahren der Fall.

Verfahrenseinstellung:

Im Übrigen wurden 347 Verfahren auf Wunsch der Antragsteller eingestellt. In der Regel lag dem eine zwischenzeitliche Klärung der Angelegenheit zugrunde.

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 19.03.1956 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 01.10.2001 aufgenommen.

Wer ist derzeit Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung?

Seit dem 01.01.2014 übt Herr Heinz Lanfermann das Amt des Ombudsmanns aus.

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

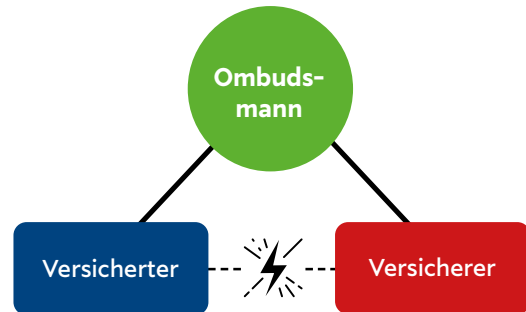
Stellvertreter ist Dr. h.c. Wilhelm Schluckebier, Ombudsmann für Versicherungen, Richter des Bundesverfassungsgerichts a.D.

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 erneute Berufung ist möglich.

Sitz des Ombudsmanns der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist Berlin. Bei seiner Schlichtungsarbeit wird er derzeit von neun Volljuristen, sechs Sachbearbeitern und zwei Studenten 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

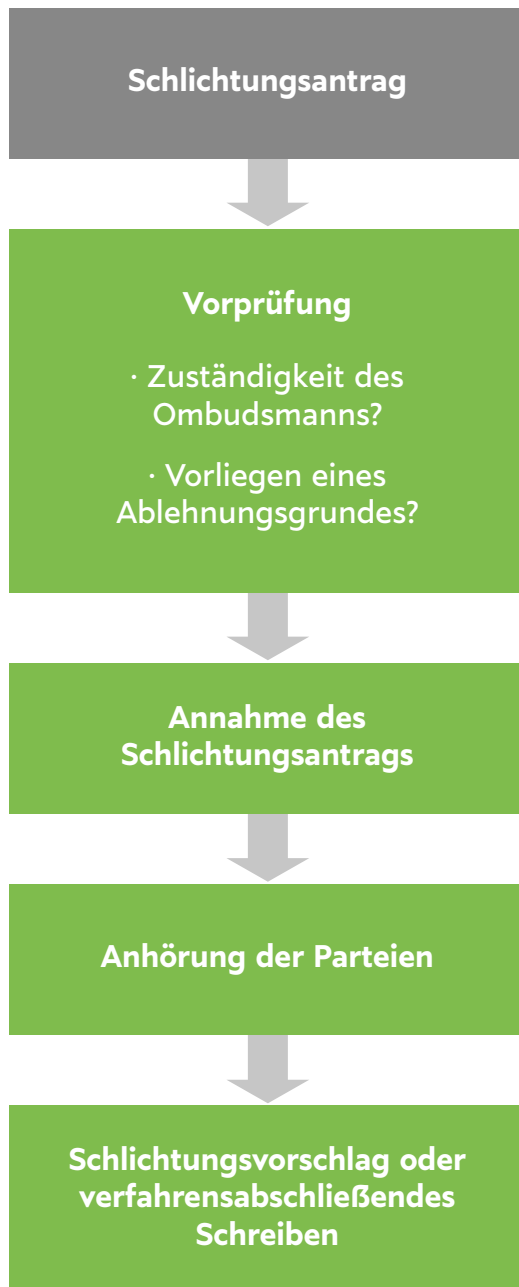
Die Verjährung eines Anspruchs wird im Rahmen des Schlichtungsverfahrens gehemmt. Es gelten die gesetzlichen Regelungen nach § 204 Abs. 1 Nr. 4 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

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 über 9 Mio. Verträgen in der Privaten Pflegepflichtversicherung.

Zusätzlich bestehen über 29 Mio. 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.

DER PKV-OMBUDSMANN – EINE ZEITREISE

Die Schlichtungsstelle besteht nunmehr seit über 20 Jahren. Dabei übertraf die Inanspruchnahme des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung durch die Versicherten von Beginn an die Erwartungen ihrer Gründer. Waren es 2001 insgesamt 2.358 schriftliche Eingaben, so hat sich die Zahl der Schlichtungsanträge über die Jahre mit durchschnittlich ca. 6.000 Anträgen mehr als verdoppelt. Mittlerweile hat sie ein in dieser Höhe stabiles, wenn auch im Verhältnis zur Zahl der Versicherten weiterhin geringes Niveau erreicht.

Die Themen der Schlichtungsanträge, die den Ombudsmann über diesen Zeitraum beschäftigt haben, sind im Wesentlichen gleich geblieben. Lediglich punktuell kam es zu einer Häufung besonderer Themenkomplexe. Schwerpunkte bildeten beispielsweise die Reform des Versicherungsvertragsgesetzes im Jahr 2007, die eine Vielzahl von Änderungen, insbesondere zum Schutz der versicherten Verbraucher mit sich brachte, die Einführung des Notlagentarifs im Jahr 2013, die Reformen der Pflegeversicherung, die Anforderungen an Beitragsanpassungen in der privaten Krankenversicherung – die von öffentlichkeitswirksamen Rechtsstreitigkeiten bis zum Bundesgerichtshof begleitet wurden – und Leistungen in Zeiten der Corona-Pandemie.

„Ich möchte mich auf diesem Weg sehr herzlich für Ihre Bemühungen bedanken. Wenn auch in der Sache für mich leider kein Erfolg gegeben ist, so sind doch Ihre Erläuterungen sehr hilfreich.“

Mit der steigenden Anzahl der Schlichtungsanträge hat sich zugleich die personelle Ausstattung der Ombudsstelle, die zunächst lediglich mit dem ersten Ombudsmann Arno Surminski sowie einem Juristen und einer Sachbearbeiterin besetzt war, stetig erhöht. Mittlerweile besteht das Team aus insgesamt 17 Mitarbeitern, davon neun Juristinnen und Juristen, sechs Sachbearbeiterinnen, sowie zwei studentischen Mitarbeiterinnen, die den

Ombudsmann bei seiner Tätigkeit tatkräftig unterstützen.

„Aufgrund Ihrer Bemühungen hat sich der Versicherte endlich zur Kostenübernahme bereit erklärt. Ich danke Ihnen vom ganzen Herzen für Ihre Hilfe.“

Wie die bisherige Erfahrung und die zahlreichen Rückmeldungen sowohl von Versicherten als auch den Versicherungsunternehmen gezeigt haben, stößt die Schlichtungsstelle auf eine hohe Akzeptanz und hat sich inzwischen fest und erfolgreich etabliert. Die zur Aufnahme der Tätigkeit der Schlichtungsstelle anfangs noch kritischen Stimmen sind angesichts des ihr von allen Seiten entgegengebrachten Vertrauens vollends verstummt. Vielmehr wird der Ombudsmann nun als Erfolgsmodell betrachtet, dem sowohl für die Versicherten als auch die privaten Krankenversicherer eine große Bedeutung zukommt.

Jene Bedeutung wurde mit dem Inkrafttreten des sogenannten Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (VSG) zum 01.08.2016 und der Anerkennung des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung als Verbraucherschlichtungsstelle nochmals unterstrichen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurden die Verfahrensabläufe an die Vorgaben des Gesetzgebers angeglichen und entsprechend angepasst. Dies ermöglichte den Versicherten einen noch leichteren Zugang zum Schlichtungsverfahren. Im Zuge dessen konnte auch die Bekanntheit der Schlichtungsstelle unter den Versicherten weiter gesteigert werden.

„Ich bin froh, dass es für den Bürger ein Forum gibt, an das er sich wenden kann ohne den kostspieligen Gerichtsweg einzugehen.“

Amtszeiten der bisherigen „Ombudsmänner“

01.10.2001 – 31.10.2007:	Arno Surminski
01.11.2007 – 31.12.2010:	Dr. Helmut Müller
01.01.2011 – 12.02.2012:	Dr. Dr. Klaus Theo Schröder
13.02.2012 – 31.12.2013:	Dr. Helmut Müller (kommissarisch für den verstorbenen Dr. Schröder)
seit dem 01.01.2014:	Heinz Lanfermann

Es hat sich herausgestellt, dass ein erhebliches Bedürfnis besteht, im Einzelfall nicht nur juristische, sondern auch soziale Gesichtspunkte einzubeziehen. Dies ist auch bei den Versicherungsunternehmen angekommen, die für die Schlichtungsvorschläge des Ombudsmanns stets Kompromissbereitschaft zeigen und ihnen in der Regel auch folgen. Die Versicherten freuen sich über erzielte Teilerfolge und sind selbst bei erfolglosem Verfahrensausgang in vielen Fällen dankbar für die verständliche Erklärung der rechtlichen Zusammenhänge, die zu der Entscheidung des Versicherers geführt haben. Insoweit konnte der Ombudsmann wertvolle Impulse setzen.

„Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihren Einsatz. Das Geld ist bereits auf meinem Konto. Gut gemacht!“

„Ihre Bemühungen und der ausführliche Bericht haben mich begeistert. Mit einem großen Erfolg habe ich nicht gerechnet, fand es aber toll, mit welchem Elan Sie sich für meine Beschwerde eingesetzt haben.“

Ein vertrauensvoller Austausch mit den Versicherungsunternehmen war dem Ombudsmann von Beginn seiner Tätigkeit an ebenfalls wichtig. Denn der Ombudsmann ist kein Gegner der Versicherer oder aber allein Verbraucherschützer für die Versicherten, sondern eine neutrale Institution, die die Belange beider Seiten gleicher-

maßen berücksichtigt. So wurde in den ersten Jahren noch per Rundschreiben auf besondere Problemschwerpunkte durch den Ombudsmann hingewiesen, um die Versicherer entsprechend zu sensibilisieren, damit es in kritischen Fällen gar nicht erst zu einem Schlichtungsverfahren kommt. Später folgten regelmäßig stattfindende Ombudsmannkonferenzen, die pandemiebedingt leider ausgesetzt werden mussten. Und auch die zum zwanzigjährigen Bestehen geplante Jubiläumsfeier hat Corona verhindert. Sie wird hoffentlich in naher Zukunft und in einem gebührenden Rahmen nachgeholt werden können.

„Wenn auch meine Hoffnungen nicht vollständig erfüllt wurden, so hat es mir doch ein ganzes Stück weitergeholfen.“

Kompromisse zu suchen und eine versöhnliche Lösung für beide Seiten zu finden, sieht der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung als seine Hauptaufgabe an. Daran hat sich in seiner zwanzigjährigen Tätigkeit nichts geändert und dabei bleibt es auch in Zukunft.

„Dank Ihrer Hilfe konnte eine gerichtliche Klärung vermieden werden.“

IV. Beispiele aus der Schlichtungstätigkeit



Hilfsmittelversorgung
Vorsorge
Pflegebedürftigkeit
Ärzte-GmbH

THEMENSCHWERPUNKTE

Medizinische Notwendigkeit

„Medizinisch möglich ist nicht gleich medizinisch notwendig.“

Die Frage der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung ist ein häufiges Thema im Schlichtungsverfahren. Die Versicherten wenden sich an den Ombudsmann, weil der Versicherer eine angedachte oder bereits durchgeführte Therapie nicht für medizinisch notwendig hält.

Hierbei kann es um folgende Leistungen gehen:

- ärztliche und zahnärztliche Behandlungen
- ambulante und 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 immer, dass die jeweilige Maßnahme „medizinisch notwendig“ 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 zum einen die Geeignetheit der Behandlung, den angestrebten Behandlungserfolg zu erreichen. Zum anderen muss die Behandlung erforderlich sein. Das heißt, bei mehreren geeigneten Behandlungsmaßnahmen 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.

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

„Der Ombudsmann soll jetzt entscheiden, ob meine Behandlung medizinisch notwendig war.“

Viele Antragsteller wissen nicht, dass die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung im Rahmen des Schlichtungsverfahrens nur einer summarischen Prüfung unterzogen werden kann. Hintergrund dessen ist, dass im kostenlosen Ombudsmannverfahren keine kostenintensiven ärztlichen Gutachten eingeholt werden können. Selbst wenn dies möglich wäre, würde es sich hierbei auch nur um eine weitere Fachmeinung ohne Bindungswirkung handeln.

Der Ombudsmann prüft daher, ob dem Antragsteller willkürlich Leistungen vorenthalten wurden oder ob die Entscheidung des Versicherers auf sachfremden Erwägungen beruht.



Beispiel: Ausstattung einer Handprothese

Der Antragsteller hatte seine rechte Hand verloren und war auf eine prothetische Versorgung angewiesen. Er wählte eine aus Silikon bestehende Schmuckhand-Prothese zu einem Preis von 14.051,88 EUR, welche genau auf seinen Hauttyp abgestimmt war. Nach Auffassung des Versicherers ging die Prothese über das medizinisch notwendige Maß hinaus. Er erstattete lediglich einen Teilbetrag von 9.444,89 EUR entsprechend einer Ausstattungsvariante „Classic“. Damit war der Antragsteller nicht einverstanden und wies darauf hin, dass er – insbesondere aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit und dem damit verbundenen Umgang mit Kunden – auf eine lebensrechte Handprothese angewiesen sei.

Im vorliegenden Fall hatte der Versicherer einen Gutachter eingeschaltet. Dieser erläuterte, dass Silikonprothesen in verschiedenen Ausstattungsvarianten angeboten werden, die sich lediglich in der Genauigkeit der kosmetischen Ausgestaltung unterscheiden, nicht jedoch in der Funktion. So gibt es etwa das Modell „Basic“, bei dem es sich um eine genau passende Silikonprothese ohne detaillierte optische Ausgestaltung handelt. Bei der Variante „Classic“ soll die natürliche Hautfarbe mittels zwei bis drei Farben abgebildet werden. Die Variante „Individuell“ bedient sich fünf bis sieben Farben für die Hauterscheinung sowie drei bis fünf

Farben für die Fingernägel. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass eine medizinisch notwendige Versorgung bereits durch die Variante „Basic“ erreicht ist. Die farbliche Ausgestaltung diene lediglich kosmetischen Aspekten.

Der Versicherer hatte sich der Einschätzung des Gutachters angeschlossen. Dennoch erstattete er entgegenkommend die Kosten für die Handprothese der Variante „Classic“.

Die Erwägungen des Gutachters hielt der Ombudsmann für nachvollziehbar. Sinn und Zweck des Hilfsmittels Handprothese ist es, die Funktionsfähigkeit der Hand wiederherzustellen. Dies wäre bereits mit der Variante „Basic“ erreicht worden. Die Varianten „Classic“ und „Individuell“ gehen daher über das medizinisch notwendige Maß hinaus.

Zwar war es durchaus verständlich, dass sich der Antragsteller – gerade im Hinblick auf seine berufliche Tätigkeit – eine Handprothese wünscht, welche farblich genau auf seinen Hauttyp abgestimmt ist. Allerdings wurde bereits in der Rechtsprechung entschieden, dass berufliche Besonderheiten eine medizinische Notwendigkeit für zusätzliche Ausstattungsmerkmale nicht rechtfertigen können. Für diese muss dann ein Eigenanteil aufgebracht werden. Umso mehr freute es den Ombudsmann, dass der Versicherer sich an der Ausstattungsvariante „Classic“ orientiert hatte. Damit wurden auch die persönlichen Wünsche des Antragstellers berücksichtigt.

Private Pflegepflichtversicherung

„Ich bin permanent auf fremde Hilfe angewiesen. Das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ist offenbar falsch.“

Der Ombudsmann führt ebenfalls Schlichtungsverfahren zu Streitigkeiten in Bezug auf die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) durch.

Die Leistungen aus der PPV ergeben sich aus gesetzlichen Vorgaben und sind mit den Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung vergleichbar. Sie sind für alle privaten Versicherungsunternehmen einheitlich in den Musterbedingungen der Pflegepflichtversicherung (AVB/PPV) geregelt.

Im Versicherungsfall leistet der Versicherer im vertraglichen Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen.

Zentrale Voraussetzung für den Versicherungsfall in der PPV ist das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit:

Pflegebedürftig sind im Sinne der AVB/PPV Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer – also für voraussichtlich mindestens sechs Monate – bestehen.

Das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit wird durch eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Privaten Pflegepflichtversicherung, der Medicproof GmbH, festgestellt. Dieser prüft den Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten nach pflegefachlich begründeten Kriterien. Danach erfolgt die Zuordnung zu einem von fünf Pflegegraden:

Pflegegrad 1:

Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 2:

Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 3:

Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 4:

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 5:

Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

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 hinzugegetreten, 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.



Beispiel: Pflegetagegeld

Bei dem Antragsteller wurde ab dem 01.05.2021 eine Pflegebedürftigkeit festgestellt. Aus seiner bestehenden Pflegezusatzversicherung beantragte er die Zahlung des Pflegetagegeldes ab diesem Zeitpunkt. Den Antrag reichte er jedoch erst Mitte Dezember 2022 bei seinem Versicherer ein. Dieser zahlte das Pflegetagegeld sodann ab dem 01.12.2022. Damit war der Antragsteller nicht einverstanden.

Der Ombudsmann konnte die Entscheidung des Versicherers im Ergebnis nicht beanstanden. Zwar war dem Antragsteller darin zuzustimmen, dass die Pflegebedürftigkeit seit Mai 2021 bestand. Maßgeblich für die Leistungspflicht des Versicherers sind jedoch immer die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

Die Versicherungsbedingungen regeln ausdrücklich, dass die Leistungen ab Antragstellung erbracht werden, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

„Auf den Antrag kommt es an.“

Im vorliegenden Fall wurde der Antrag erst Mitte Dezember 2022, und damit nach dem Eintreten der Pflegebedürftigkeit, bei dem Versicherer eingereicht. Der Versicherer musste die Pflegetagegeldzahlungen daher erst ab dem 01.12.2022 – dem Beginn des Monats der Antragstellung – erbringen. Eine Schlichtung im Rahmen des Ombudsmannverfahrens war auf Grund der eindeutigen Versicherungsbedingungen leider nicht möglich.

Vertragsauslegung / Versicherungsbedingungen

„Nach meinem Tarif bin ich zu 100 % versichert. Ich verstehe nicht, dass der Versicherer die Kosten nicht übernimmt.“

Eine Vielzahl der im Ombudsmannverfahren eingereichten Anträge betrifft die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Die Antragsteller sind oftmals überrascht, wenn der Versicherer einen eingereichten Erstattungsantrag ablehnt, weil die entsprechenden Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Hier empfiehlt es sich immer, einen Blick in die jeweiligen Versicherungsbedingungen zu werfen. Denn diese geben Aufschluss darüber, welche Leistungen versichert sind und welche Voraussetzungen im Einzelfall erfüllt sein müssen.

Die Versicherungsbedingungen umfassen grundsätzlich einen allgemeinen Teil – die sogenannten Musterbedingungen – sowie einen besonderen Teil: die Tarifbedingungen.

Die **Musterbedingungen** werden durch den **Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.** für die einzelnen Versicherungsarten (Krankenversicherung, Krankentagegeldversicherung, Pflegeversicherung, ergänzende Pflegeversicherung, staatlich geförderte Pflegeversicherung) entworfen. Sie treffen einheitliche und unternehmensübergreifende Regelungen bspw. zu Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes, Pflichten des Versicherungsnehmers sowie dem Ende des Versicherungsvertrages.

Die Musterbedingungen stellen unverbindliche Empfehlungen für die Versicherungsunternehmen dar, werden von diesen jedoch überwiegend als Grundlage für den Versicherungsvertrag genutzt.

Die **Tarifbedingungen** enthalten demgegenüber speziellere und detailliertere Regelungen zu den einzelnen Bereichen wie etwa Inhalt und Umfang der Leistungspflicht, Beitragszahlungen oder auch Selbstbeteiligungen. Sie werden durch die Versicherungsunternehmen konkret auf die einzelnen Tarife abgestimmt.

Neben den Musterbedingungen und den Tarifbedingungen gibt es auch **Allgemeine Versicherungsbedingungen** für die sogenannten brancheneinheitlichen Tarife, d. h. solche, die jedes Versicherungsunternehmen unterhält. Hierbei handelt es sich um den Basistarif, den Standardtarif, den Notlagentarif sowie die Pflegepflichtversicherung. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für diese Tarife werden wiederum durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. vorgegeben und gelten für alle Versicherten des Tarifs gleichermaßen.

Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens prüft der Ombudsmann anhand der eingereichten Anträge, ob die Regelungen der dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen eingehalten wurden. Er erläutert den Versicherten, woraus sich bestimmte Einschränkungen ergeben und worauf der Antragsteller zukünftig achten sollte.



Beispiel: Hotelkosten während eines teilstationären Aufenthaltes

Der Antragsteller begab sich zu einer teilstationären Behandlung in eine Klinik. Da er im Anschluss an die Behandlungsmaßnahmen nicht täglich nach Hause fahren wollte, mietete er sich ein Zimmer in einem benachbarten Hotel. Die Kosten für das Hotelzimmer reichte er bei seinem Versicherer zur Erstattung ein. Der Versicherer lehnte eine Kostenübernahme ab, da Leistungen für ein Hotelzimmer nicht versichert seien. Der Antragsteller wies darauf hin, dass die Hotelkosten günstiger gewesen sind, als eine Unterbringung im Zweibettzimmer in der Klinik.

Nach den vorliegenden Versicherungsbedingungen waren im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes 100 % der allgemeinen Krankenhausleistungen sowie die Kosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer erstattungsfähig.

Der Antragsteller war jedoch nicht stationär untergebracht. Vielmehr hatte er sich einer

teilstationären Behandlung unterzogen, welche tagsüber stattfand. Bei dieser ist – anders als bei einer (voll-) stationären Behandlung – keine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten erforderlich, sodass die Nacht zu Hause verbracht werden kann. Unterbringungskosten fallen daher nicht an. Die Klinik berechnete insofern lediglich den Tagessatz für die Behandlungsmaßnahmen. Dieser wurde seitens des Versicherers erstattet.

Im Ergebnis konnte der Ombudsmann die Ablehnung des Versicherers nicht beanstanden. Kosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer waren nicht angefallen. Kosten für die Unterbringung in einem Hotel sind nicht erstattungsfähig.

Ebenso wenig kam es vorliegend darauf an, dass die Unterbringungskosten in einem Zweibettzimmer teurer gewesen wären, als die tatsächlich entstandenen Hotelkosten. Da die medizinische Notwendigkeit allein für eine teilstationäre Behandlung vorlag, wären Kosten für eine Unterbringung im Zweibettzimmer grundsätzlich nicht angefallen. Insoweit war kein Raum für eine Schlichtung.

Beispiel: Eine Firma ist kein Arzt

Ein Antragsteller wandte sich an den Ombudsmann, da sein Versicherer eine Rechnung für Untersuchungen seines langjährigen Arztes nicht mehr erstattete. Der Arzt hatte im Vorfeld seine Praxis an eine GmbH verkauft und führte im Anschluss Behandlungen im Namen dieses Unternehmens durch. Der Versicherer lehnte eine Kostenübernahme ab und stützte sich auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Der Antragsteller führte aus, dass es sich bei dem behandelnden Arzt um den Arzt seines Vertrauens handele, der ihn bereits seit 15 Jahren behandle und damit auch die Krankengeschichte kenne.

Nach § 4 Abs. 2 AVB hat der Versicherungsnehmer die freie Wahl zwischen den niedergelassenen und approbierten Ärzten. Das Unternehmen, welches die Praxis gekauft hatte, stellt als GmbH jedoch eine sog. „juristische Person“ dar und ist damit selbst kein niedergelassener Arzt.

Eine Leistungspflicht des Versicherers besteht selbst dann nicht, wenn die Behandlung durch angestellte Ärzte der GmbH erfolgt.

Etwas Anderes gilt, wenn Ärzte in einer berufsrechtlich zulässigen Gemeinschaft tätig sind und sichergestellt ist, dass eine eigenverantwortliche und medizinisch unabhängige Berufsausübung gewährleistet ist (Gemeinschaftspraxis). Eine solche Konstellation war in diesem Fall jedoch nicht gegeben, sodass der Ombudsmann die Entscheidung des Versicherers nicht beanstanden konnte.

Die besondere Situation des Antragstellers aufgrund der langjährigen Behandlungen durch den Arzt wurde von seinem Versicherer im Rahmen des Ombudsmannverfahrens dahingehend gewürdigt, dass dieser die Kosten für die zurückliegende Untersuchung auf freiwilliger Basis übernahm. Für zukünftige Behandlungen berief sich der Versicherer jedoch auf die fehlende Leistungspflicht.

Beispiel: Darmkrebsvorsorge – Anrechnung auf den tariflichen Selbstbehalt?

Im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs wurde dem Antragsteller ein Polyp entfernt und eine histologische Untersuchung durchgeführt, die den Krebsverdacht nicht bestätigte. Der Versicherer erstattete in der Folge die Kosten der Untersuchung, jedoch rechnete er die Leistungen für die Polypen-Entfernung (Polypektomie) und die histologische Untersuchung auf den vereinbarten Selbstbehalt an. Hiermit war der Antragsteller nicht einverstanden. Er verwies insoweit auf die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der Versicherer argumentierte hingegen, dass es sich bei der Polypen-Entfernung um eine über die Vorsorge hinausgehende Untersuchung handele, die erst bei einem Verdacht auf einen behandlungsbedürftigen krankhaften Befund vorgenommen werde.

Grundsätzlich besteht in der Privaten Krankenversicherung Versicherungsschutz für die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Darüber hinaus leisten die privaten Krankenversicherer auch für alle Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. Sofern ein tariflicher Selbstbehalt besteht, werden Vorsorgeuntersuchungen üblicherweise erstattet, ohne auf diesen angerechnet zu werden.

Welche Untersuchungen zu den Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen gehören, ist in den Richtlinien des G-BA festgelegt. Darin sind auch Empfehlungen für die weitere Vorgehensweise bei konkreten Verdachtsmomenten oder Befunden enthalten.

Daraus wird deutlich, dass der Übergang von einer reinen Vorsorgeuntersuchung zur medizinisch notwendigen Heilbehandlung oft fließend und nicht leicht abgrenzbar ist. Sofern im Rahmen der Untersuchung ein krankhafter Befund diagnostiziert wird, handelt es sich bei den auf die Untersuchung folgenden Leistungen grundsätzlich nicht mehr um eine Vorsorge, sondern um die Behandlung der gestellten Diagnose. Dies führt dazu, dass die entsprechenden Leistungen auf den Selbstbehalt angerechnet werden, sofern ein solcher vereinbart ist.



Da die Richtlinien des G-BA keine konkreten berechnungsfähigen Gebühren enthalten, sind die Versicherer dazu übergegangen, ihren Versicherten entsprechende Informationsblätter über die selbstbehaltsneutral abrechnungsfähigen Gebührenschnitzern nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zur Verfügung zu stellen. Leistungen, die über die aufgeführten Ziffern hinaus berechnet werden, sind regelmäßig nicht Teil der Vorsorgeuntersuchung.

Im konkreten Fall hielt der Ombudsmann sowohl die Auffassung des Antragstellers als auch die des Versicherers für vertretbar. Zwar sprach für die Auffassung des Versicherers, dass in der Richtlinie des G-BA an mehreren Stellen erwähnt ist, dass bestimmte Behandlungen, bspw. eine Polypektomie, nur in medizinisch indizierten Fällen durchgeführt werden soll und diese bei unauffälligen Untersuchungen nicht vorgenommen wird.

Gleichwohl konnten die Argumente des Antragstellers ebenfalls überzeugen. Auch wenn es sich

bei der Polypektomie und der histologischen Untersuchung um eine weitergehende Untersuchung aufgrund eines Verdachts handelt, erscheint es in dieser Konstellation vertretbar, diese als Teil der Vorsorgeuntersuchung anzusehen. Davon darf ein Versicherter im Regelfall auch ausgehen, wenn er sich derartigen Eingriffen im Rahmen der Darmkrebsvorsorge unmittelbar unterzieht.

„Vorsorge oder schon Heilbehandlung?“

Der Versicherer hat sich im Hinblick auf die vorgetragene Argumente erfreulicherweise dazu entschlossen, die Leistungen der Polypektomie und der histologischen Untersuchung der Darmkrebsvorsorge zuzuordnen und selbstbehaltsneutral zu erstatten. Besonders hervorzuheben ist, dass er dies zum Anlass genommen hat, das Informationsblatt für alle bei ihm Versicherten entsprechend anzupassen.

V. Verfahrensordnung



Statut
Zuständigkeit

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 Ombudsstelle für Angelegenheiten der Privaten Krankenversicherung eingerichtet. Die Ombudsstelle ist auch für Streitigkeiten von Personen mit Versicherungsvermittlern 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 eine Person als Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung berufen, nachfolgend als "Ombudsmann" 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 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. Erneute Berufung ist zulässig. 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 Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmern/ Versicherten und Krankenversicherungsunternehmen als Schlichter zu vermitteln und möglichst eine Versöhnung der Parteien herbeizuführen. Das gleiche gilt für Streitigkeiten mit Versicherungsvermittlern und Versicherungsberatern.

(2) Voraussetzung für sein Tätigwerden ist, dass der Gegenstand der Streitigkeit 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 Streitigkeiten annehmen, es sei denn, eine der Parteien wünscht dies nicht. Streitigkeiten mit Vermittlern werden behandelt, wenn Gegenstand eine erfolgte oder versuchte Vermittlung von privaten Kranken- oder Pflegeversicherungen ist. Streitigkeiten mit Versicherungsberatern werden behandelt, wenn Gegenstand eine Beratung im Zusammenhang mit einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist. Voraussetzung ist jeweils, dass das Krankenversicherungsunternehmen am Ombudsmannverfahren teilnimmt.

§ 4 Antragsteller

(1) Schlichtungsanträge 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 Versicherungsver-

hältnis eingereicht werden. In einer Gruppenversicherung versicherte Personen können ebenfalls Anträge in Bezug auf diese Gruppenversicherung stellen.

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

§ 5 Ablehnungsgründe und Verfahreneinstellung

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

- a) die Streitigkeit nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns fällt;
- b) der streitige Anspruch nicht zuvor gegenüber dem Antragsgegner geltend gemacht wurde;
- c) der Gegenstand der Streitigkeit bereits durch ein Gericht in der Sache entschieden wurde oder bei einem solchen rechtshängig 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 bei Antragstellung verjährt ist und der Antragsgegner sich auf die Verjährung beruft;
- g) der Gegenstand der Streitigkeit 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 Antragsteller 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 Antragsgegner mit dem Verfahren einverstanden ist oder in der Sache eine Stellungnahme abgibt.

(4) Der Ombudsmann setzt das Verfahren aus, wenn der Antragsgegner 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 Antragsgegner den streitigen Anspruch innerhalb der zwei Monate seit Geltendmachung vollständig anerkennt. Absatz 2 gilt entsprechend. Erkennt der Antragsgegner den Anspruch nicht innerhalb der zwei Monate vollständig an, wird das Verfahren nach Ablauf der zwei Monate fortgeführt.

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

§ 6 Antragstellung - Form, Vertretung, Kosten

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

(2) Der Ombudsmann bestätigt den Eingang des Schlichtungsantrags und unterrichtet die Parteien des Schlichtungsverfahrens nach § 16 Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG).

(3) Der Antragsteller kann sich zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens von einem Bevollmächtigten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben vertreten lassen; die ordnungsgemäße Bevollmächtigung ist auf Verlangen nachzuweisen.

(4) Das Schlichtungsverfahren ist für die Parteien kostenlos. Kosten und Auslagen, die den Parteien im Rahmen des Verfahrens, z. B. durch Porto oder Beauftragung eines Bevollmächtigten entstehen, sind von ihnen selbst zu tragen.

§ 7 Verjährung

Für die Hemmung der Verjährung eines Anspruchs gilt § 204 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Hierauf soll der Ombudsmann zu Beginn des Schlichtungsverfahrens hinweisen.

§ 8 Beteiligung der Parteien

(1) Hat der Ombudsmann einen Antrag 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 den Antragsgegner 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 Antragsgegners wird in der Regel dem Antragsteller übermittelt, es sei denn, erhebliche Gründe sprechen dagegen.

§ 9 Verfahrensdauer

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

(2) Liegt die vollständige Verfahrensakte 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 des Gegenstandes der Streitigkeit durch den Ombudsmann sind der Inhalt des Versicherungsvertrages, das Gesetzesrecht sowie die dazu ergangene Rechtsprechung maßgeblich. Der Ombudsmann soll zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens eine gütliche Einigung der Parteien anstreben.

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

(3) Hilft der Antragsgegner dem Antrag nicht ab und hält der Ombudsmann diesen vollständig oder teilweise für begründet, unterbreitet er einen Schlichtungsvorschlag. Der Ombudsmann unterbreitet auch einen Schlichtungsvorschlag, wenn der Antragsgegner nur teilweise dem Anliegen 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 den Antrag für unbegründet, teilt er dies den Parteien durch ein verfahrensabschließendes Schreiben mit. Absatz 3 Satz 8 gilt entsprechend.

§ 11 Geheimhaltungspflicht und Datenschutz

(1) Der Ombudsmann ist verpflichtet, alle Umstände, die ihm bei der Durchführung des Schlichtungsverfahrens bekannt geworden sind 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



Astra Versicherung AG
www.astra-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 Krankenversicherungs-
Aktiengesellschaft**
www.devk.de



DKV Deutsche Krankenversicherung AG
www.dkv.com



Envivas Krankenversicherung AG
www.envivas.de



Europ Assistance SA
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
Zukunft. In besten Händen.

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



NÜRNBERGER VERSICHERUNG

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
www.nuernberger.de



ottonova Krankenversicherung AG
www.ottonova.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.stmartinusvvag.de



Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
www.sdk.de



Union Krankenversicherung AG
www.ukv.de



uniVersa Krankenversicherung a.G.
www.universa.de



Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG
www.vrk.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: 31.01.2024

Bildnachweis

Titel, S. 7, S. 13, S. 19, S. 27, S. 37: Andrey Yalansky/stock.adobe.com
S. 29: sytnik/stock.adobe.com
S. 31: Stock-Asso/Shutterstock.com
S. 32: barmaleeva/stock.adobe.com
S. 35: peterschreiber.media/stock.adobe.com

