

# Tätigkeitsbericht 2021



**OMBUDSMANN**

Private Kranken- und  
Pflegerversicherung



# Tätigkeitsbericht 2021

**OMBUDSMANN**

Private Kranken- und  
Pflegerversicherung



# INHALT

---

Vorwort.....	5
<b>I. Jahresbericht 2021.....</b>	<b>7</b>
Zahlen .....	8
Themen .....	9
Verfahren .....	12
<b>II. Statistik.....</b>	<b>13</b>
Schlichtungsanträge .....	14
Themen .....	15
Ergebnisse im Schlichtungsverfahren.....	18
<b>III. Der Ombudsmann und das Ombudsmannverfahren .....</b>	<b>19</b>
Ombudsmann .....	20
Organisation und Verfahrensablauf .....	21
20 Jahre Ombudsmann – eine Zeitreise.....	24
<b>IV. Beispiele aus der Schlichtungstätigkeit .....</b>	<b>27</b>
Medizinische Notwendigkeit .....	28
Gebührenstreitigkeiten.....	31
Vertragsauslegung / Versicherungsbedingungen .....	34
<b>V. Verfahrensordnung .....</b>	<b>37</b>
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.

“



Das Jahr 2021 war ein bewegendes und ereignisreiches Jahr, geprägt von den Wellen der Coronavirus-Pandemie sowie auf politischer Ebene insbesondere auch durch die Wahl des 20. Deutschen Bundestags. Die Gesundheit der Bevölkerung sowie die Sicherstellung der Krankenversorgung standen und stehen weiterhin im öffentlichen Fokus.

Umso mehr ist das Angebot einer Schlichtungsmöglichkeit zu Fragen wie der Höhe der Kostenerstattung aus der letzten Zahnarztrechnung, zu einem Tarifwechsel oder zu einer Hörgeräteversorgung wichtig, um auch die angesichts der Pandemie im Hintergrund auftretenden Probleme und Sorgen gemeinsam anzugehen. Angesichts dieser für uns alle schwierigen Situation war es uns ein besonderes Anliegen, unseren Anteil dazu beizutragen und als Schlichtungsstelle Lösungen für kleinere und größere Probleme im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung zu finden.

Meine besondere Wertschätzung gilt in diesem Zusammenhang meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre ausgezeichnete Arbeit, ihr außergewöhnliches Engagement und ihren besonderen Einsatz in dieser ungewöhnlichen Zeit. Dabei schätze ich besonders, dass der fachliche und kollegiale Austausch und der persönliche Kontakt trotz der pandemiebedingten Erschwernisse in der täglichen Arbeit weiterhin gelebt wurde und unser Miteinander auszeichnete. Bei einem Team von 17 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und dem Wechsel zwischen Büro und Home Office war eine besondere Organisation und Anstrengung erforderlich, um die Abläufe der Schlichtungsstelle unter Pandemiebedingungen sicherzustellen. Dies war sicherlich nicht immer einfach. Ich habe hier jedoch eine neue Flexibilität und eine hervorragende Teamarbeit erlebt, die dazu führte, dass die Arbeitsweise der Schlichtungsstelle zu jeder Zeit hervorragend funktioniert hat.

Mein Dank gebührt auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung. Mit der zügigen und unkomplizierten Bereitstellung der technischen Ausstattung hat er stabile Rahmenbedingungen für eine effiziente und erfolgreiche Tätigkeit der Schlichtungsstelle geschaffen.

Mit Stolz blicke ich heute auf das nunmehr 20-jährige Bestehen der Schlichtungsstelle für die Private Kranken- und Pflegeversicherung zurück. Die Institution Ombudsmann wurde im Jahr 2001 mit dem Ziel gegründet, Streitigkeiten zwischen den Versicherten und den Versicherungsunternehmen zu schlichten. Die Entwicklung in den vergangenen Jahren und insbesondere die stabil gleichbleibende Zahl eingehender Anträge hat gezeigt, dass sich die Schlichtungstätigkeit bewährt und die personelle als auch fachliche Weiterentwicklung dauerhaft eine qualitativ hochwertige Arbeitsweise ermöglicht. Eine angemessene Würdigung der langjährigen Schlichtungstätigkeit kann hoffentlich bald in einem feierlichen Rahmen nachgeholt werden.

Dieser Tätigkeitsbericht beinhaltet einen kleinen Überblick über die zurückliegenden 20 Jahre und gibt Ihnen wie gewohnt Einblick in unsere Arbeit in Zahlen und Themen.

Berlin, im Januar 2022

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

Heinz Lanfermann



# I. Jahresbericht 2021



Beitragsanpassungen  
Corona-Pandemie  
PCR-Tests

## ZAHLEN

Im Berichtsjahr 2021 erreichten den Ombudsmann 6.041 Schlichtungsanträge. Das sind 135 Anträge mehr als im Jahr 2020. Unter Berücksichtigung der üblichen Schwankungen liegt die Zahl der Antragseingänge im Berichtsjahr damit geringfügig unter dem Mittelwert aus den Jahren 2010 bis 2020. Die Corona-Pandemie führte dazu, dass Versicherte auch im Jahr 2021 mit Anträgen zu diesem Thema an den Ombudsmann herantraten. So im Bereich der Gebührenstreitigkeiten zum Thema Corona-Tests bei stationärer Behandlung. Die Zahl der hierzu eingereichten Anträge betrug für Voll- und Zusatzversicherte insgesamt ca. 140.

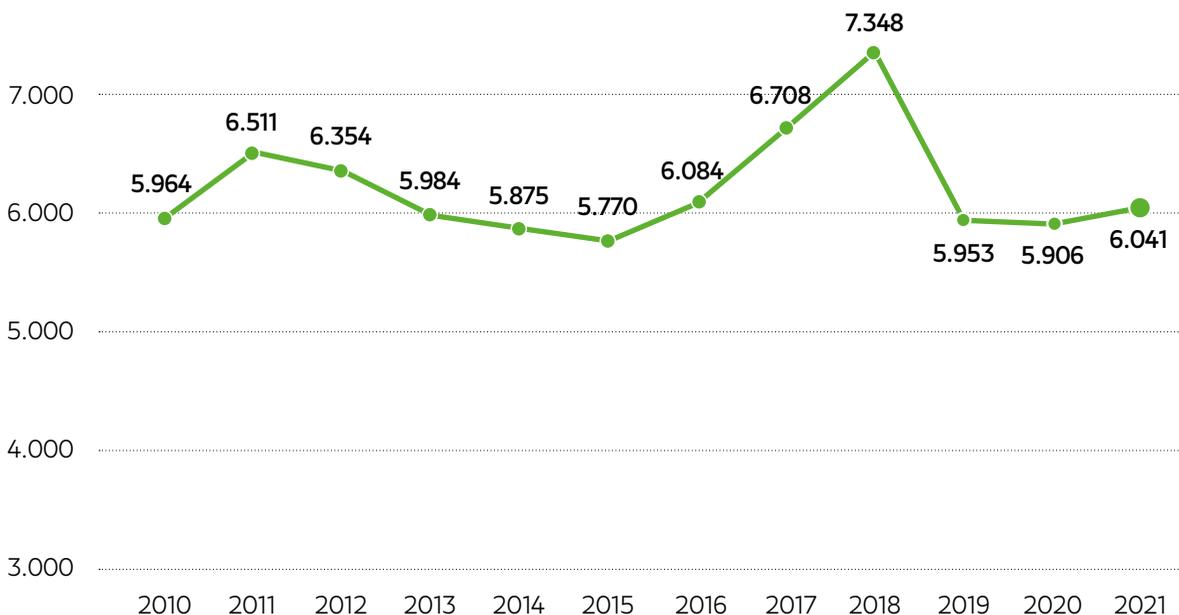
Die ungewöhnlich hohe Zahl der Antragseingänge im Jahr 2018 bleibt damit weiter eine Besonderheit in dieser langjährigen Entwicklung. Sie beruhte auf einem Eingang von 1.177 Anträgen zum Jahresende, die sich allein auf die Frage zur Berechtigung von Beitragsanpassungen in der Krankheitskostenvollversicherung bezogen, nachdem eine Entscheidung des

Bundesgerichtshofs (BGH) dazu ergangen war. Das Thema der Beitragsanpassungen beschäftigte auch im Jahr 2021 den BGH und den Ombudsmann.

Unter Berücksichtigung der über 40 Millionen bestehenden Verträge in der Krankheitskostenvoll-, Zusatz- und Pflegeversicherung, für die der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung zuständig ist, liegt die Zahl der Fälle, in denen ein Schlichtungsverfahren zur Vermittlung bei Meinungsverschiedenheiten angestrebt wurde, bei unter 0,02%. Dies spricht für eine weiterhin hohe Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer privaten Krankenversicherung und insbesondere auch für ein lösungsorientiertes Beschwerdemanagement der Krankenversicherer.

Wie in den Jahren zuvor kann der Ombudsmann erneut über eine konstruktive und erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Versicherungsunternehmen berichten.

### Antragseingänge in den Jahren 2010 bis 2021



## THEMEN

---

Neben regelmäßig wiederkehrenden Themen wie der medizinischen Notwendigkeit von Heilbehandlungen und Gebührenstreitigkeiten, wurde die Arbeit des Ombudsmanns auch im Berichtsjahr 2021 von der weiterhin vorherrschenden Corona-Pandemie geprägt. Etliche Anträge erreichten den Ombudsmann aufgrund der in diesem Zusammenhang neu auftretenden Fragestellungen in der Privaten Krankenversicherung.

Daneben wendeten sich auch in diesem Jahr Versicherte aufgrund von Beitragsanpassungen an die Schlichtungsstelle. Hier ging es im Einzelnen konkret um die Wirksamkeit der Beitragsanpassungen der letzten Jahre unter Verweis auf die aktuelle Rechtsprechung zu diesem Thema.

### Corona-Pandemie

Bereits im Tätigkeitsbericht 2020 wurde auf einzelne Problemstellungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie eingegangen. Erfreulicherweise haben sich einige der damals angesprochenen Themen zwischenzeitlich anscheinend geklärt.

So verzeichnete der Ombudsmann im Hinblick auf die Versorgung und Kostenerstattung mit FFP2-Masken im Jahr 2021 keine nennenswerte Zahl von Schlichtungsanträgen mehr. Es ist davon auszugehen, dass die Maßnahmen und gesetzlichen Vorgaben zur Versorgung der Versicherten mit Schutz-Masken, wie beispielsweise die Ausgabe von FFP2-Masken für Risikogruppen seit Dezember 2020 über die Apotheken, diese Fragen geklärt haben.

Auch die Kostenerstattung für ambulante bzw. stationäre Behandlungen von Corona-Infektionen bereitet den Versicherten offenbar keine größeren Schwierigkeiten. Schlichtungsanträge hierzu lagen dem Ombudsmann nicht vor.

Allerdings ergaben sich nun neue Problemstellungen, mit denen sich die Versicherten vermehrt an den Ombudsmann wandten. Konfliktpotenzial barg insbesondere die Abrechnung von sogenannten PCR-Tests auf das Coronavirus SARS-CoV-2.

Die Versicherten schilderten dabei regelmäßig, dass bei ihnen vor der Aufnahme zur stationären Behandlung vorsorglich PCR-Tests durchgeführt wurden. Die Testkosten stellte man ihnen gesondert als Chefarztbehandlung, also als sogenannte wahlärztliche Leistung, nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung. Die Versicherer sahen sich hierfür nicht in der Leistungspflicht und begründeten dies damit, dass diese Tests zur Vorsorge standardmäßig im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes und damit gerade nicht im Einzelfall auf individuelle Anweisung eines Arztes erfolgten.

Nach einer Vereinbarung zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. werden die Kosten, die dem Krankenhaus aufgrund der standardisierten Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, mit einem sogenannten Zusatzentgelt vergütet. Danach sind die routinemäßig bei einer Krankenhausaufnahme durchgeführten Tests Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen, die mit dem gültigen Zusatzentgelt abgerechnet werden. Das Krankenhaus erhält also für diese routinemäßigen Tests einen Zuschlag.

Daneben besteht grundsätzlich die Möglichkeit, mit dem Krankenhaus eine sogenannte Wahlleistungsvereinbarung über privatärztliche bzw. chefarztliche Leistungen zu schließen, die nach der GOÄ gesondert in Rechnung gestellt werden können.

Bei den – aufgrund des Infektionsschutzgesetzes – bei jedem Patienten erforderlich werdenden PCR-Tests, handelt es sich jedoch nicht um eine höchstpersönliche Leistung des Wahlarztes. Vielmehr sind diese Tests standardmäßig zur Vorsorge vom Krankenhaus bei der Aufnahme durchzuführen. Gerade für diese zusätzliche Leistung des Krankenhauses wurde das Zusatzentgelt zur Abgeltung der Kosten vereinbart.

Etwas Anderes gilt allerdings dann, wenn der Test der Abklärung einer konkreten Krankheits-symptomatik dient. Hierbei handelt es sich um eine medizinisch notwendige Diagnostikmaßnahme.

Gemäß § 1 Abs. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ist ein Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Die zur Abklärung vorhandener Krankheits-symptome anfallenden Kosten können dabei durchaus als gesonderte wahlärztliche Leistungen berechnet werden. Als wahlärztliche Leistungen gelten nämlich ebenso die von Wahlärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses, wie den oft beauftragten medizinischen Laboren.

Die an den Ombudsmann herangetragenen Fälle betrafen stets routinemäßige Testungen, weshalb er die Ablehnung einer Kostenerstattung durch die Versicherer nur bestätigen konnte. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Versicherer die gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen für PCR-Tests, die aufgrund von bestehenden Krankheitssymptomen durchgeführt werden, erstatten.

## Beitragsanpassungen

Wie in vergangenen Jahren boten Beitragsanpassungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung im Berichtsjahr 2021 wiederholt Anlass für Meinungsverschiedenheiten zwischen den Versicherten und ihren Versicherern.

Ein Grund hierfür dürfte darin zu finden sein, dass die Frage der Wirksamkeit von Beitragsanpassungen durch die hierzu ergangenen höchstrichterlichen Entscheidungen verstärkt in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt ist.

So hatte der Bundesgerichtshof (BGH) sich mit zwei Urteilen vom 16.12.2020 eingehend mit dem Umfang des Begründungserfordernisses nach § 203 Abs. 5 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) beschäftigt. Danach wird die Neufestsetzung der Prämie zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer

folgt. Beitragsanpassungen sind folglich nur bei ordnungsgemäßer Begründung wirksam.

Der BGH hatte insoweit klarstellend entschieden, dass die Voraussetzungen an die Mitteilung der maßgeblichen Gründe für die Neufestsetzung der Prämie nach § 203 Abs. 5 VVG mit der Angabe der Rechnungsgrundlage, die die Neufestsetzung der Prämie veranlasst hat, konkret eine Veränderung der Versicherungsleistungen oder der Sterbewahrscheinlichkeit, erfüllt sind. Weitere Angaben, bspw. in welcher Höhe sich die Rechnungsgrundlagen verändert haben oder weitere Faktoren, welche die Prämienhöhe beeinflusst haben, sind danach nicht erforderlich.

Durch diese Urteile sahen sich viele Versicherte veranlasst, die Rechtmäßigkeit der Beitragsanpassungen der letzten Jahre in Frage zu stellen. Dies wurde offensichtlich verstärkt durch Angebote von Rechtsanwälten, die sich darauf spezialisiert haben, Rückforderungsansprüche der Versicherten geltend zu machen.

Im Ombudsmannverfahren wendeten sich die teilweise rechtsanwaltlich vertretenen Versicherten mit ihren Anträgen gegen die Beitragsanpassungen der zurückliegenden Jahre. Hierbei forderten sie die aus ihrer Sicht zu viel gezahlten Beiträge zurück – für mitunter bis zu zehn Jahre.

Die Überprüfung von Beitragsanpassungen ist im Schlichtungsverfahren grundsätzlich in folgendem Rahmen möglich:

Der Ombudsmann überprüft Beitragsanpassungen dahingehend, ob die formalen Verfahrensvoraussetzungen vom Versicherer eingehalten wurden. Es ist ihm hingegen nicht möglich, versicherungsmathematische Sachverständige mit der Überprüfung der durch Aktuarien und Treuhänder geprüften Kalkulationen zu beauftragen.

Im Ombudsmannverfahren wurden die Anpassungsschreiben von den Versicherern, soweit diese von den Versicherten noch nicht eingereicht wurden, angefordert. In den meisten Fällen war

eine Veränderung der Versicherungsleistungen als Grund für die Beitragsanpassung mitgeteilt worden.

Zudem beriefen sich die Versicherer im Hinblick auf die geltend gemachten Rückforderungsansprüche vermehrt auf den Eintritt der Verjährung.

Wann die geltend gemachten Ansprüche verjähren, wurde bislang uneinheitlich beantwortet. Insbesondere gingen die Meinungen, wann in derartigen Fällen Kenntnis vorliegt und damit die regelmäßige Verjährungsfrist beginnt, auseinander. Eine abschließende Klärung dieser Streitfrage war im Rahmen des Ombudsmannverfahrens bis dato nicht möglich.

Nach den jüngst ergangenen Urteilen des BGH vom 17.11.2021 gilt für Ansprüche auf Rückzahlung erhöhter Beiträge nunmehr eine dreijährige Verjährungsfrist ab Zugang der jeweiligen Änderungsmitteilung durch den privaten Krankenversicherer. Nach Ansicht des BGH war der Beginn der Verjährungsfrist auch nicht bis zur höchst-richterlichen Entscheidung zu den Anforderungen an die Begründung einer Prämienanpassung hinausgeschoben. Mit Blick auf diese aktuellen Entscheidungen des BGH bleiben die zukünftigen Entwicklungen abzuwarten.

## 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 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 durch die besondere Situation auch im Jahr 2021 daher nochmals verstärkt.

Neben konkreten Schlichtungsanträgen erreichten den Ombudsmann auch im Jahr 2021 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 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

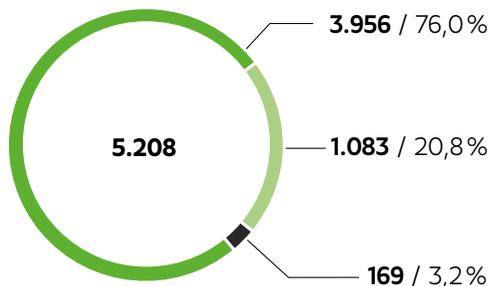
## SCHLICHTUNGSANTRÄGE

### Anzahl der eingegangenen Anträge 2021



### Verteilung der angenommenen Anträge nach der Art des Versicherungsvertrages

- Krankheitskostenvollversicherung
- Zusatzversicherung
- Pflegepflichtversicherung



### Verteilung der abgelehnten Anträge (insgesamt 833) nach Ablehnungsgrund

die Streitigkeit fällt nicht in die Zuständigkeit des Ombudsmanns

526

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

222

der Streitwert unterschreitet eine bestimmte Höhe

59

der Streitgegenstand ist/wurde bereits gerichtlich geltend gemacht

21

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

3

der Anspruch ist verjährt

2

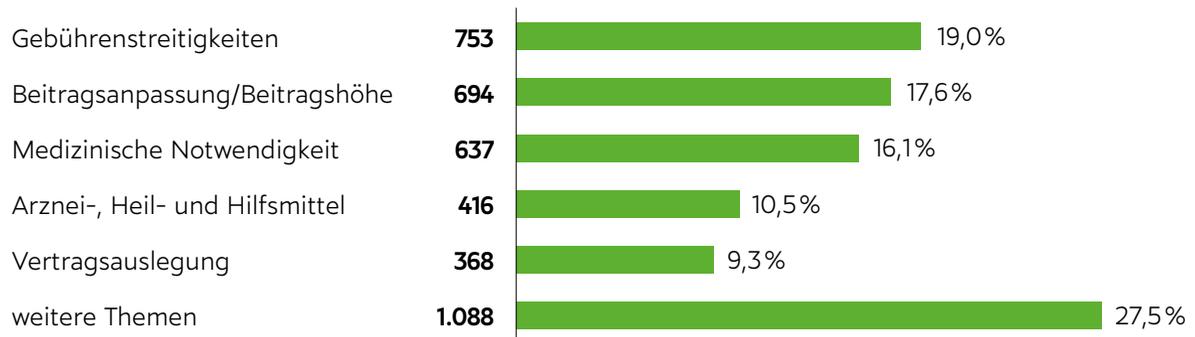
## THEMEN

---

### Krankheitskostenvollversicherung

#### Verteilung der Anträge nach Themen

**Anzahl** der Anträge insgesamt: **3.956** (76,0%)



Im Berichtszeitraum nahmen die **Gebührenstreitigkeiten**, also Fragen zur korrekten Abrechnung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen, den Spitzenplatz ein. Gestiegen sind die Anfragen zur Rechtmäßigkeit von Beitragsanpassungen. Hierfür spielen die jüngst ergangenen Urteile des BGH eine maßgebliche Rolle, aber auch die erforderliche Anpassung des brancheneinheitlichen Standardtarifs.

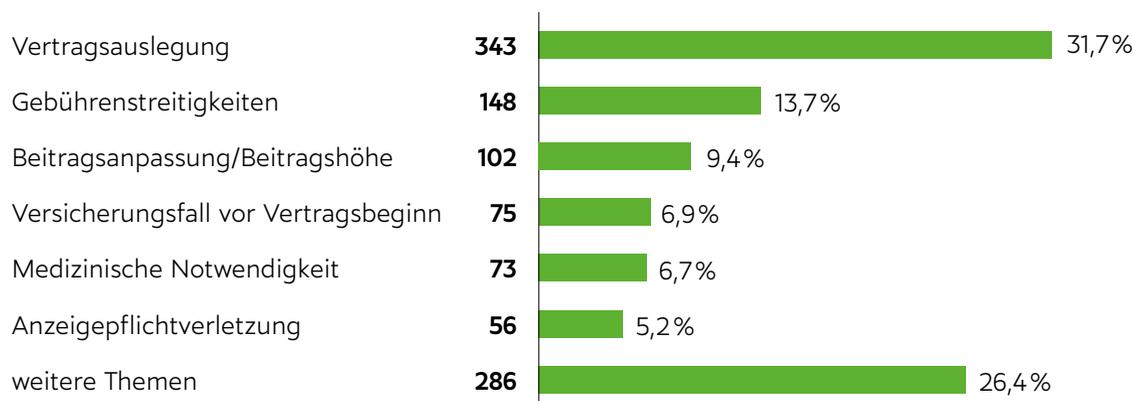
Unverändert haben sich die Versicherten im Jahr 2021 sehr häufig mit Fragen hinsichtlich der **medizinischen Notwendigkeit** einzelner Behandlungsmaßnahmen an den Ombudsmann gewandt. Darunter fallen alle Anträge, die sich auf die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlungen und Krankenhausaufenthalten beziehen.

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: **1.083** (20,8%)



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.

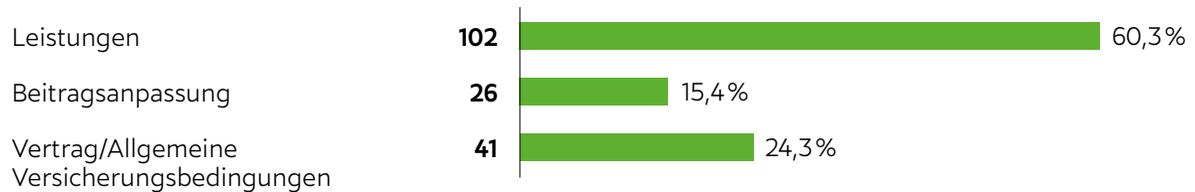
Im Verhältnis zum Vorjahr erreichten den Ombudsmann deutlich mehr Anträge zu Gebührenstreitigkeiten. Hintergrund waren häufig privatärztlich abgerechnete Corona-Testungen im Zusammenhang mit stationären Aufenthalten.

Gegenstand der Anträge darüber hinaus waren bspw. die Themen Vertragsbeendigung durch den Versicherten, Vertragsbearbeitung sowie die Beitragshöhe. Hier machten sich im Jahr 2021 die Beitragsanpassungen im Bereich der Pflegezusatzversicherung bemerkbar.

## Pflegepflichtversicherung

### Verteilung der Anträge nach Themen

**Anzahl** der Anträge insgesamt: **169** (3,2%)

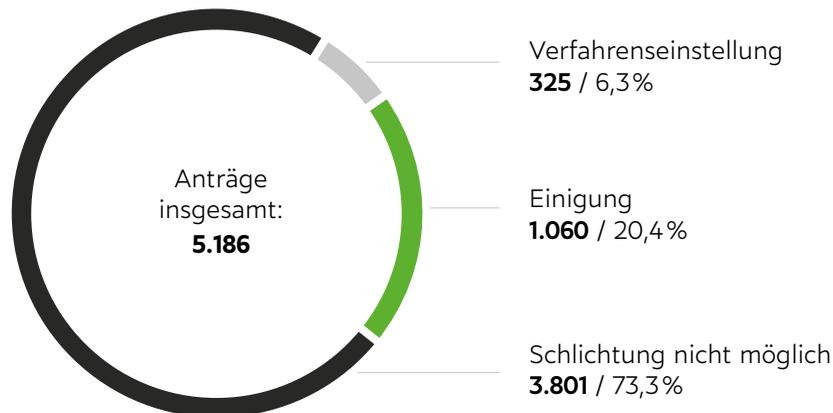


Im Vergleich zur Krankheitskostenvollversicherung erreichte den Ombudsmann eine weitaus geringere Anzahl an Schlichtungsanträgen betreffend die Pflegepflichtversicherung. Insgesamt stieg die Zahl der insoweit eingegangenen Anträge mit Blick auf das Vorjahr leicht von 151 auf 169.

Der überwiegende Anteil der Anträge betraf Leistungsfragen wie z. B. Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Verhinderungspflege oder Pflegehilfsmittel. Daneben gingen 26 Schlichtungsanträge aufgrund der im Jahr 2021 in der Pflegepflichtversicherung erfolgten Beitragsanpassung beim Ombudsmann ein.

## ERGEBNISSE IM SCHLICHTUNGSVERFAHREN

### Anzahl der 2021 abschließend bearbeiteten Anträge



Im Jahr 2021 konnten insgesamt 5.186 Schlichtungsverfahren abgeschlossen werden. Hiervon umfasst sind Verfahren, die in den Jahren 2020 und 2021 eingeleitet wurden.

In 1.060 Fällen und damit in jedem fünften Verfahren konnte eine Einigung erzielt werden. In 3.801 Verfahren war eine Schlichtung zwischen den Parteien nicht möglich. Inbegriffen sind hier Fälle, in denen offensichtlich kein Anspruch der Versicherten bestand oder die Versicherer nicht zu einem Entgegenkommen bereit waren. Weiter sind hierunter Sachverhalte erfasst, in denen das Schlichtungsziel zwar teilweise erreicht, aber die Angelegenheit nicht vollumfänglich geklärt werden konnte. In einzelnen Fällen lehnten auch Versicherte den Schlichtungsvorschlag des Ombudsmanns ab, so dass die Streitigkeit nicht gütlich beigelegt werden konnte.

Im Übrigen wurden 325 Verfahren auf Wunsch der Antragsteller eingestellt. In der Regel lag dem eine zwischenzeitliche Klärung der Angelegenheit zugrunde.

Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug im aktuellen Berichtsjahr rund 50 Tage, nachdem die Beschwerdeakte vollständig war. Damit gelang eine Bearbeitung deutlich unter der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungsfrist von 90 Tagen.

### 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?

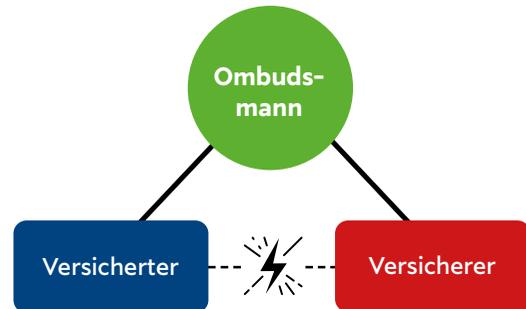
Seit dem 01.01.2014 übt Herr Heinz Lanfermann das Amt des Ombudsmanns aus.

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.

## 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 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

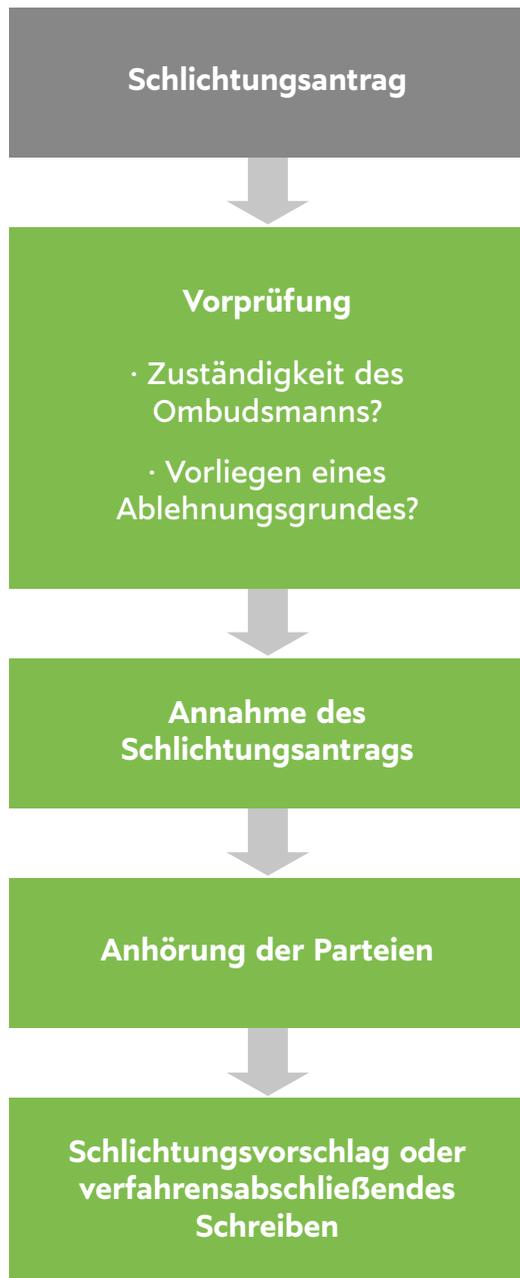
Die Verjährung eines Anspruchs wird im Rahmen des Schlichtungsverfahrens gehemmt. Es gelten die gesetzlichen Regelungen nach § 204 Abs. 1 Nr. 4 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

#### 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 26 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.

## 20 JAHRE 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. Aktuell besteht das Team aus insgesamt 17 Mitarbeitern, davon neun Juristinnen und Juristen, sechs Sachbearbeiterinnen sowie zwei studentische Mitarbeiterinnen, die den Ombudsmann bei seiner Tätigkeit tatkräftig unterstützen.

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

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 (VSBG) zum 01. August 2016 und der Anerkennung des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung als Verbraucherschlichtungsstelle nochmals unterstrichen. Diese Anerkennung erhalten nur Schlichtungsstellen, welche gewisse Standards erfüllen. Dazu gehören bspw. die Unabhängigkeit der Schlichtungsstelle, Qualifikation und Fachwissen des Schlichters und die Einhaltung der im VSBG beschriebenen Voraussetzungen zur Durchführung eines Schlichtungsverfahrens.

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

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.

**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

**„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.“**

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!“**

Ein vertrauensvoller Austausch mit den Versicherungsunternehmen war dem Ombudsmann von Beginn seiner Tätigkeit an ebenfalls wichtig. Der Ombudsmann ist weder ein Gegner der Versicherer, noch ein Verbraucherschützer der Versicherten, sondern eine neutrale Institution, die die Belange beider Seiten gleichermaßen 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 wurde durch 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.

**„Aufgrund Ihrer Bemühungen hat sich der Versicherer endlich zur Kostenübernahme bereit erklärt. Ich danke Ihnen von ganzem Herzen für Ihre Hilfe.“**



## IV. Beispiele aus der Schlichtungstätigkeit



Medizinische Notwendigkeit  
Stufendiagnostik  
GOÄ & GOZ  
Heilmittel  
Kieferorthopädie

## THEMENSCHWERPUNKTE

---

### Medizinische Notwendigkeit

*„Medizinisch möglich ist nicht gleich medizinisch notwendig.“*

Die Frage der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung ist das zweithäufigste Streitthema nach Gebührenstreitigkeiten 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 eine Vielzahl von 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.

Die folgenden Beispiele aus dem Schlichtungsalltag sollen einen anschaulichen Einblick in die Fragestellungen zur medizinischen Notwendigkeit geben:



### Beispiel: Stufendiagnostik

*Bei dem Antragsteller wurde eine Magnetresonanztomographie (MRT) aufgrund des Verdachts eines Prostatakarzinoms durchgeführt. Eine Kostenerstattung der MRT lehnte der Versicherer wiederholt ab, da der behandelnde Arzt die erforderliche Stufendiagnostik nicht hinreichend beachtet hätte. Der Antragsteller bat daraufhin um die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens.*

Bei der Stufendiagnostik sollen, ausgehend von Anamnese und klinischem Befund, alle infrage kommenden Krankheiten schrittweise abgeklärt werden. Hintergrund ist, dass idealerweise bereits bei der ersten Untersuchung bestimmte Krankheitsursachen ausgeschlossen bzw. bestätigt werden, um dann ggf. – auf diesem Wissen aufbauend – weitere Untersuchungen zu veranlassen. Dies ist umso wichtiger, da aufgrund des medizinischen Fortschritts immer mehr und neue Untersuchungsmethoden entwickelt werden. Um eine kosten- und zeitintensive Überdiagnostik zu vermeiden, ist der Arzt angehalten, eine Erkrankung stufenweise abzuklären. Zunächst ist die Basisdiagnostik durchzuführen. Erst wenn hiernach eine weitere Abklärung erforderlich sein sollte, kommen eine Aufbau- und Spezialdiagnostik in Betracht.

Eine Orientierung zur Abfolge von Untersuchungen und Behandlungen eines Prostatakarzinoms bilden die insoweit von medizinischen

Fachgesellschaften erstellten Leitlinien. Zwar entfalten diese weder für den Arzt noch für den Versicherer eine unmittelbare und zwingende Bindungswirkung. Allerdings stellen sie durch ein Expertengremium getroffene Empfehlungen dar, an denen sich sowohl der Arzt als auch der Versicherer orientieren können.

Die S3-Leitlinie Prostatakarzinom sieht im Rahmen der Diagnostik zunächst eine Kontrolle der PSA-Werte vor. Danach schließt sich grundsätzlich eine ultraschallgesteuerte Prostatabiopsie an. Bei erneuter negativer Biopsie könne sodann eine MRT zur weiteren Abklärung durchgeführt werden. Bei dem Antragsteller wurde eine Biopsie jedoch nicht durchgeführt, sondern gleich die MRT veranlasst. Die Grundsätze der Stufendiagnostik schienen vor diesem Hintergrund nicht eingehalten worden zu sein, sodass die medizinische Notwendigkeit der durchgeführten MRT nicht belegt war.

**„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. Hierbei prüft der Ombudsmann, ob der Versicherer

willkürlich oder objektiv falsch gehandelt hat. In Fällen, in denen die Auffassung des Versicherers von der Einschätzung der behandelnden Ärzte abweicht, ist eine abschließende Entscheidung dahingehend, was nun medizinisch notwendig ist und was nicht, oftmals nicht möglich. Denn ein unabhängiger ärztlicher Sachverständiger kann im Rahmen des Ombudsmannverfahrens nicht bestellt werden. Dies muss einem Gerichtsverfahren vorbehalten bleiben. Insofern kann sich der Ombudsmann weder über die Einschätzung des Versicherers noch die des behandelnden Arztes hinwegsetzen und die eine oder andere Bewertung als maßgeblich zugrunde legen. Erscheint die Entscheidung des Versicherers jedoch – wie in dem vorliegenden Fall – nachvollziehbar und vertretbar, ist eine Schlichtung zugunsten des Antragstellers nicht möglich.

### Beispiel: Heilmittel

*Der Antragsteller befand sich aufgrund orthopädischer Beschwerden seit längerer Zeit in physiotherapeutischer Behandlung. Innerhalb von sechs Monaten wurden insgesamt 85 Therapieeinheiten Krankengymnastik sowie Manuelle Therapie durchgeführt und durch den Versicherer erstattet. Aufgrund der Vielzahl an Heilmitteln nahm der Versicherer eine Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit vor und schränkte seine Erstattung ein. Der Antragsteller war mit dieser Entscheidung nicht einverstanden, da er die physiotherapeutischen Behandlungen weiter benötige. Auch könne der Versicherer solch eine Entscheidung nicht einfach ohne eine vertrauensärztliche Untersuchung treffen.*

Der Ombudsmann prüfte die eingereichten Unterlagen auf deren Plausibilität hin und hielt die seitens des Versicherers vorgenommene Begrenzung der Heilmittel für vertretbar.

Die **Krankengymnastik** zeichnet sich dadurch aus, dass die Übungen nach einer gewissen Anlernphase in Eigenregie fortgeführt werden sollen. Heilmittel sind im Allgemeinen nicht als Dauertherapie gedacht. Sofern krankengymnastische Übungen erlernt und sodann selbstständig durchgeführt werden können, besteht grundsätzlich

keine medizinische Notwendigkeit für weitere Behandlungen unter professioneller Anleitung.

Ähnlich verhält es sich bei der **Manuellen Therapie**. Ziel dieser ist es, durch mechanische Eingriffe bzw. Aufhebung eventuell vorhandener Blockaden, Schmerzen zu lindern und hypomobile Gelenke in ihrer Beweglichkeit zu verbessern. Die Manuelle Therapie bedient sich dabei sowohl passiver Techniken als auch aktiver Übungen. Zum einen werden blockierte oder eingeschränkte Gelenke mithilfe sanfter Techniken mobilisiert, zum anderen können durch individuelle Übungen instabile Gelenke stabilisiert werden. Gerade im Hinblick auf die angewandten passiven Techniken kann es unter Umständen zu einem Gewöhnungseffekt kommen, der mit einer verminderten Reaktion der stimulierten Muskulatur einhergeht. Insofern eignet sich auch die Manuelle Therapie grundsätzlich nicht als dauerhafte Maßnahme.

Selbstverständlich können bei akut auftretenden Beschwerden oder zur Auffrischung weitere Behandlungsmaßnahmen erforderlich werden. Darauf hatte auch der Versicherer hingewiesen und im Einzelfall eine erneute Prüfung der medizinischen Notwendigkeit in Aussicht gestellt. Eine einmal vorgenommene Begrenzung von Heilmitteln ist damit nicht abschließend und kann bei einer Veränderung des Beschwerdebildes überprüft werden.

**„Wenn der Versicherer seine Leistungen begrenzen möchte, muss er mich erstmal durch einen unabhängigen Arzt untersuchen lassen.“**

Die Versicherten gehen oftmals davon aus, dass der Versicherer sie zunächst einer vertrauensärztlichen Untersuchung unterziehen muss, ehe er die durch den behandelnden Arzt getroffene Entscheidung hinterfragen kann. Dies ist nicht richtig: Eine Verpflichtung zur Durchführung einer ärztlichen Untersuchung besteht seitens des Versicherers nicht. Vielmehr kann dieser die medizinische Notwendigkeit auch anhand der ihm zur Verfügung gestellten Unterlagen (ärztliche Atteste, Beschwerdebild etc.) beurteilen – ggf. auch unter Hinzuziehung eines Beratungsarztes.

## Gebührenstreitigkeiten

---

*„Ich als Patient kann das nicht einschätzen. Ich sitze hier zwischen zwei Stühlen.“*

---

Wie schon in den vergangenen Jahren betrafen auch in diesem Jahr viele Schlichtungsverfahren Auseinandersetzungen über die Abrechnung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen. Hier kommt es zu Meinungsverschiedenheiten aufgrund der unterschiedlichen Auslegung von Gebührenvorschriften und -ziffern.

Rechtsgrundlage für die Abrechnungen sind die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Hierbei handelt es sich um Rechtsverordnungen des Bundes für die Abrechnung privatärztlicher bzw. privat Zahnärztlicher Leistungen außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Regelmäßig betreffen die an den Ombudsmann gerichteten Anträge gebührenrechtliche Fragestellungen zu speziellen Behandlungsmethoden. Im zahnärztlichen Bereich seien hier beispielsweise kieferorthopädische Behandlungen wie die Einbringung von Brackets, Retainern oder Schienen benannt.

Der Ombudsmann prüft in diesen Beschwerdefällen die Abrechnung, insbesondere unter Beach-

tung der zu dieser Thematik ergangenen Rechtsprechung und geäußerten Meinungen in der Literatur.

Bei diesen Streitigkeiten sehen sich Patienten häufig mit sehr unterschiedlichen Auffassungen ihrer Ärzte und Zahnärzte einerseits sowie ihrer Versicherer andererseits konfrontiert. In der Regel ohne eigene gebührenrechtliche Kenntnisse, kommt es den Versicherten letztlich auf eine volle Übernahme ihrer Behandlungskosten an.

Deshalb regt der Ombudsmann in solchen Fällen 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.





### Beispiel: Eingliederung eines festsitzenden (Lingual-)Retainers

*Die jugendliche Tochter des Antragsstellers unterzog sich einer kieferorthopädischen Behandlung. Nach deren Abschluss wurde ihr vom Kieferorthopäden zur Stabilisierung der Zähne ein sogenannter Retainer eingesetzt.*

*Der Kieferorthopäde berechnete für die Eingliederung des festsitzenden Retainers neben den Ziffern 6030 bis 6080 GOZ (Maßnahmen zur Umformung des Kiefers bzw. Einstellung in den Regelbiss) auch die Gebührenziffern 6100 GOZ (Eingliederung eines Klebebrackets) und 6140 GOZ (Eingliederung eines Teilbogens) in analoger Anwendung.*

*Der Versicherer lehnte die Erstattung dieser zusätzlich berechneten Ziffern mit der Begründung ab, dass diese Leistungen keine selbstständig berechnungsfähigen Maßnahmen seien.*

Während das Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen mit Urteil vom 23.11.2018 zum AZ: 1 A 2252/16 noch die Auffassung vertrat, dass für die Eingliederung eines (Lingual-)Retainers neben den Ziffern 6030 bis 6080 GOZ die Ziffern 6100 GOZ und 6140 GOZ selbstständig angesetzt werden dürfen, entschied das Bundesverwaltungsgericht schließlich mit Urteilen vom 26.02.2021 zum AZ: 5 C 7/19 und 05.03.2021 zum AZ: 5 C 8/19, dass dies nicht zulässig ist. Es handele sich um keine

selbstständig berechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen, sondern um eine besondere Ausführung der Maßnahmen zur Umformung des Kiefers bzw. zur Einstellung des Kiefers in den Regelbiss einschließlich Retention.

Nach § 6 Abs. 1 GOZ können selbstständige ärztliche Leistungen analog anderer Ziffern der GOZ abgerechnet werden, wenn sie der dort aufgeführten ärztlichen Leistung nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertig sind. Voraussetzung ist allerdings, dass es sich bei der abgerechneten Leistung um eine selbstständige ärztliche Leistung handelt, die nicht bereits in der GOZ aufgeführt ist.

Ob eine Leistung als selbstständig anzusehen ist, beurteilt sich vor allem nach Maßgabe des in § 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ verankerten Verbots der Doppelabrechnung.

Nach § 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ kann der Zahnarzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die - zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen - methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Eine

Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung umfasst (Zielleistung) und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.

Vor diesem Hintergrund konnte der Ombudsmann die Vorgehensweise des Versicherers nicht beanstanden und empfahl dem Antragsteller, noch einmal mit dem behandelnden Kieferorthopäden zu sprechen und diesen um eine Korrektur seiner Rechnung zu bitten. Zudem empfahl er dem Versicherten, zukünftig vor allen planbaren größeren Behandlungen dem Versicherer einen Heil- und Kostenplan einzureichen und sich eine Kostenzusage einzuholen. So könnten Abrechnungsfragen bereits vorab geklärt und das eigene Kostenrisiko besser eingeschätzt werden.

Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens erklärte sich der Versicherer jedoch im Wege der Kulanz und ohne Anerkennung eines Rechtsanspruchs bereit, den achtfachen Ansatz der Ziffer 2454 GOÄ tariflich zu erstatten, um die Antragstellerin aus der weiteren Auseinandersetzung mit dem behandelnden Arzt herauszuhalten.

---

### Beispiel: Liposuktionsbehandlung

*Die Antragstellerin reichte bei ihrem Versicherer einen Heil- und Kostenplan für eine geplante Liposuktionsbehandlung (Fettabsaugung) an beiden Beinen ein und bat um Erteilung einer Kostenzusage.*

*Der Heil- und Kostenplan sah jeweils den achtfachen Ansatz der Ziffer 2454 GOÄ je Bein vor. Nach ihrer Leistungsbeschreibung honoriert diese Ziffer „die operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität“.*

*Der Versicherer lehnte eine Erstattungszusage für den achtfachen Ansatz dieser Ziffer mit der Begründung ab, dass sie je Extremität nur einmal berechnet werden dürfe und bezog sich in diesem Zusammenhang auf eine Stellungnahme der Bundesärztekammer im Deutschen Ärzteblatt 111, Heft 12 (21.03.2014), S. A-521.*

Der Wortlaut der Leistungsbeschreibung der Ziffer 2454 GOÄ bezieht sich auf „eine Extremität“ und nicht auf einzelne Bereiche bzw. Abschnitte einer Extremität bei der Entfernung. Es geht daher um alle Maßnahmen bei der Entfernung von überstehendem Fettgewebe. Der Ombudsmann hielt die Auffassung des Versicherers unter gebührenrechtlichen Aspekten für zulässig.

## Vertragsauslegung / Versicherungsbedingungen

---

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

---

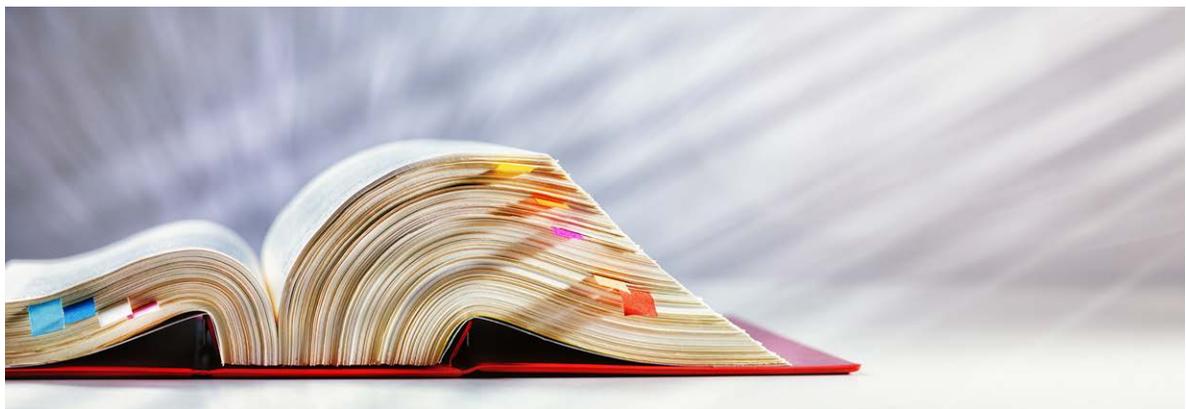
Eine Vielzahl der im Ombudsmannverfahren eingereichten Anträge betrifft die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Die Antragsteller sind oftmals überrascht, wenn der Versicherer einen eingereichten Erstattungsantrag ablehnt, weil die entsprechenden Voraussetzungen nicht 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.

Heilung dienende Maßnahme handelt, sondern um eine gesundheitsfördernde Maßnahme mit präventivem Charakter.

Der Ombudsmann konnte die Rechtsauffassung des Versicherers nicht als falsch beanstanden. Zu freiwilligen Leistungen war der Versicherer nicht bereit, sodass keine Schlichtung möglich war.

---

### Beispiel: Ernährungsberatung

*Der Antragsteller litt schon seit Jahren unter Übergewicht. Sein behandelnder Hausarzt sah hierin auch eine Gesundheitsgefährdung und empfahl seinem Patienten, das Gewicht zu reduzieren. Der Antragsteller entschloss sich, seine Ernährung umzustellen und ließ sich hierzu von einem Ernährungsberater beraten.*

*Sein Versicherer lehnte eine Kostenübernahme ab, da es sich hierbei nicht um eine versicherte Leistung handeln würde. Diese Ablehnung konnte der Versicherte nicht nachvollziehen, da es sich um einen professionellen Ernährungsberater handelte und die Beratung aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen sei.*

Auch wenn eine Maßnahme aus medizinischen Gründen veranlasst ist, gilt es zu beachten, ob diese Maßnahme überhaupt versichert ist. Nach § 4 Abs. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) steht der versicherten Person bspw. die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen außerdem Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

Die Leistungen eines Ernährungsberaters, der nicht auch noch eine dieser Qualifikationen aufweist, sind daher bereits aus diesem Grund nicht erstattungsfähig.

Zudem war auch § 1 Abs. 2 AVB zu beachten, wonach die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung erstattungsfähig sind. Eine Ernährungsberatung stellt keine Heilbehandlung im versicherungsrechtlichen Sinne dar, da es sich nicht um eine unmittelbar der



## 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 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“<sup>1</sup> 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. 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.

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

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 Verfahreinstellung

(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 § 15a Absatz 3 Satz 3 des Gesetzes betreffend die Einführung der Zivilprozessordnung in der jeweils gültigen Fassung.

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

## § 11 Geheimhaltungspflicht und Datenschutz

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

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

## § 12 Information der Öffentlichkeit

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

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

## § 13 Finanzierung

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

## § 14 Sonstiges

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

## TEILNEHMENDE VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN



**Allianz Private Krankenversicherungs-AG**  
www.allianzdeutschland.de



**ALTE OLDENBURGER  
Krankenversicherung AG**  
www.alte-oldenburger.de



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



**ARAG Krankenversicherungs-AG**  
www.arag.de



**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**

**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 Speziale 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-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.stmartinusvag.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](http://www.wuerttembergische.de)



**Würzburger Versicherungs-AG**  
[www.wuerzburger.com](http://www.wuerzburger.com)

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



**Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten**  
[www.kvb.bund.de](http://www.kvb.bund.de)



**Postbeamtenkrankenkasse**  
[www.pbeakk.de](http://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](http://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: 31.01.2022

### Bildnachweis

Titel, S. 7, S. 13, S. 19, S. 27, S. 37: Andrey Yalansky/stock.adobe.com  
S. 29: nmann77/stock.adobe.com  
S. 31: Studio\_East/stock.adobe.com  
S. 32: Magryt/stock.adobe.com  
S. 34: Ingo Bartussek/stock.adobe.com



